76

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Janvier 1908, à 1 heure

PAR

G. RENAUDIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
(Services de Chirurgie et Maternité)

LA PERFORATION BRUSQUE DU DUODÉNUM

(Diagnostic et Traitement)

Président : M. BERGER, *professeur*

Juges { MM. ALBARRAN, *professeur*
MARION, *agrégé*
MORESTIN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne, 1
—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Les intéressantes observations que m'ont communiquées mes amis, les Drs Maurice Guibé, chirurgien des hôpitaux, et André Martin, ancien aide d'anatomie, m'ont donné l'idée de faire une revue des statistiques opératoires dans les interventions pour perforations duodénales ; les circonstances malheureusement ne m'ont pas bien servi et je n'ai guère d'observations originales à ajouter à celles déjà publiées. Ce travail, par conséquent, n'aura d'autre intérêt que de réunir en quelques pages les notions cliniques et thérapeutiques actuellement acquises sur ce sujet. Aussi bien la thèse est-elle surtout, pour le modeste praticien, un prétexte à exprimer sa reconnaissance à ceux qui l'ont mis à même d'accomplir sa tâche quotidienne. Ce m'est un devoir agréable de dire ici ma respectueuse gratitude

A mon Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Professeur BERGER

A Mon Père

LE COLONEL RENAUDIN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Messieurs les Professeurs J. RENAUT et BARD, Médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon,

Monsieur le Docteur VALLAS, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon,

Monsieur le Professeur BRISSAUD, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Externat

Monsieur le Professeur agrégé MARION, Chirurgien des hôpitaux,

Monsieur le Docteur MICHAUX, Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,

Monsieur le Docteur DALCHÉ, Médecin de l'hôpital de la Pitié,

Messieurs le Docteur RICHARDIÈRE et le Professeur agrégé MÉRY, Médecins de l'hôpital des Enfants-Malades,

Messieurs les docteurs CHAMPETIER DE RIBES, accoucheur de l'Hôtel-Dieu et BOUFFE DE SAINT-BLAISE, Accoucheur des hôpitaux.

Internat

Monsieur le Professeur de LAPERSONNE, Professeur de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu,

Monsieur le Docteur Alex. RENAULT, Médecin de l'hôpital Ricord,

Monsieur le Professeur BERGER, Professeur de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker,

Monsieur le Professeur GUYON, Professeur de la Clinique des Voies urinaires de l'hôpital Necker,

Monsieur le Professeur agrégé PORAK, Accoucheur de la Maternité de Paris,

Monsieur le Professeur agrégé J.-L. FAURE, Chirurgien de l'hôpital Tenon,

Monsieur le Professeur agrégé JALAGUIER, Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés,

Monsieur le Docteur BEURNIER, chirurgien de l'hôpita Saint-Louis

LA

Perforation Brusque du Duodénum

(*DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT*)

DÉFINITION

Nous entendons par perforations brusques (*acute perforation*) celles qui se produisent avant que le péritoine ait eu le temps de se constituer une barrière de défense, et s'accompagnent par conséquent de l'issue d'une quantité plus ou moins grande de liquide septique dans la grande cavité péritonéale, inondation qui a pour résultat immédiat une péritonite généralisée. C'est le cas de toutes les perforations traumatiques, et de la majeure partie des perforations par ulcères.

Tous les ulcères que nous avons notés comme aboutissant à une perforation brusque sont des ulcères simples ; sans doute des ulcères spécifiques peuvent avoir la même terminaison ; nous n'en avons pas trouvé d'observation.

CHAPITRE PREMIER

Perforation spontanée

HISTORIQUE

Darras cite comme premier cas décrit de perforation du duodénum celui de Gérard, chirurgien militaire, en 1904. Le second, indiqué antérieurement comme le premier, est celui de Casimir Broussais (1825).

Ensuite quelques observations isolées peu nombreuses. La première thèse sur ce sujet est celle de Clauss (*Ueber spontane damperforation.* Thèse de Zurich, 1856) ; le premier travail d'ensemble sur l'ulcère du duodénum, celui de Klinger, de Wurzbourg (l'ulcère perforant du duodénum. *Gaz. médic. de Strasbourg,* 1861).

Dans les années qui suivent, revues et thèses se multiplient : thèses de Morot, Tillais, Nidergang, Allonch, monographie de Bucquoy (Etude clinique sur l'ulcère simple du duodénum. *Arch. générales de Médecine*, 1887) ; ces auteurs s'attachent surtout à la partie clinique de la question ; ils recherchent les signes de l'ulcère, ses complications, insistent sur sa marche rapide, les manières dont se révèle la perforation. Le Renard (*De l'ulcère perforant*

du duodénum. Th. de Paris, 1891) s'attache surtout à l'étiologie et à la pathogénie de l'ulcère.

En 1894 paraît la grande thèse de Collin qui fait la revue d'un nombre considérable de cas. Nous y trouvons relatées les trois premières interventions pour perforation d'ulcère duodénal.

Dans cette thèse, inspirée par le professeur Letulle, une large place est faite à l'anatomie et l'histologie pathologique.

La même année dans les *Guy's Hospital Reports*, étude de Percy et Shaw sur les affections du duodénum ; les perforations de l'ulcère simple font l'objet d'une étude spéciale avec trois observations de laparotomie.

En 1895, Houzé dans sa thèse sur le *Traitement de la péritonite* arrive au total de 15 cas de perforation duodénale par ulcère avec laparotomie. Un premier succès y est signalé, celui de Percy Dean.

En 1896, premier travail, très complet d'ailleurs, sur le sujet spécial qui nous occupe : thèse de Darras inspirée par le professeur Berger : *De la perforation dans l'ulcère simple du duodénum*, description clinique et statistique opératoire.

La même année, le professeur Dieulafoy trace dans une clinique le tableau symptomatique de la perforation. Le 5 janvier 1898, à la Société de Chirurgie, M. Schwartz fait un rapport sur 25 cas d'interventions qu'il a recueillis. On trouvera çà et là, dans les différents chapitres du présent travail, les notions très précises données dans ce rapport.

A partir de cette époque, l'histoire de l'ulcère simple commence à se séparer de celle de ses complications ; on

connaît mieux sa symptomalogie propre et l'on s'attache à le traiter chirurgicalement avant d'avoir la main forcée ; alors que l'on comptait autrefois 1 cas d'ulcère du duodénum pour 40, plus tard pour 10 de l'estomac, William Mayo estime qu'il faut compter environ 40 ulcères duodénum pour 60 de l'estomac. Lui et son frère, Moynihan, Haggard, Maynard Smith, Mayo Robson, Caird, Miles, Gray, Arcy Power, et un grand nombre d'autres chirurgiens anglo-américains publient de grandes statistiques opératoires, tant pour ulcères chroniques simples que pour hémorragies, perforations brusques et lentes. A Paris, quelques communications sont faites à la Société anatomique et à la Société de Chirurgie ; nous voyons un rapport intéressant de M. Tuffier, du 22 mars 1905, à propos de l'observation de M. de Rouville ; M. Tuffier rappelle un cas personnel.

Le professeur Dieulafoy, dans une clinique de 1905, démontre l'étiologie non encore soupçonnée de certains ulcères, la toxi-infection appendiculaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'ouverture du ventre d'un malade porteur d'une perforation duodénale, s'échappent des gaz et des liquides bruns ou verdâtres, ordinairement fétides ; on est frappé immédiatement par l'aspect du péritoine ; cet aspect (péritonite généralisée) est assez commun pour que nous n'ayons qu'à le rappeler brièvement : anses d'ordinaire dilatées, météorisées, avec arborisations veineuses fortement dessinées et ponctué hémorragique, agglutinées par un enduit poisseux tendant à la production de fausses membranes. Les lésions sont surtout marquées au début en deux points : la partie supérieure de la cavité abdominale immédiatement sous-jacente au foie, et la région cæcale. C'est également dans cette région que viennent s'accumuler les liquides : tant les liquides intestinaux qui ont fait irruption dans la cavité péritonéale au moment de la perforation, en plus ou moins grande abondance suivant l'état de plénitude de l'organe, que les produits septiques et purulents résultant de l'évolution du processus inflammatoire. Bien souvent cette localisation de la collection a conduit les opérateurs à diriger tout d'abord leurs recherches du côté de l'appendice cæcal. M. Schwartz, dans son rapport, insistait sur cette erreur et sur la disposition anatomique qui

la favorise ; et bien qu'avertis les chirurgiens dans bien des cas ne peuvent encore pas ne pas se tromper : « Lorsque le duodénum, disait cet auteur, se perfore au niveau de sa face antérieure, si, comme c'est le cas presque toujours, aucune barrière n'existe du côté de la cavité péritonéale, les matières qui sont contenues dans l'intestin ou y passent sont déversées au dessus du méso-côlon transverse dont ils suivent la face supérieure sous le foie, pour ensuite fuser le long du côlon ascendant vers la fosse iliaque droite ; de là l'apparition de signes de péritonite plutôt localisés à cette région et de symptômes que l'on met sur le compte de l'appendicite perforante. Huit fois, sur les 25 cas que nous avons réunis, cette erreur a été commise ».

Le point de départ de cette démonstration est le siège ordinaire de la perforation à la face antérieure du duodénum. Cette situation habituelle ressort en effet des statistiques de Collin dans sa thèse de 1894 : la statistique globale porte sur 262 cas dont :

242 de la portion initiale sur lesquels face indiquée 119 fois, soit :

paroi antérieure. . .	71 fois
» postérieure. . .	47 »
bord supérieur. . .	10 »
» inférieur . . .	1 »

14 de la portion descendante : face indiquée, 8 fois, soit :

paroi interne. . . .	5 fois
» postérieure . .	2 »
» externe. . . .	1 »

3 de la portion horizontale : face indiquée 1 fois : paroi antéro-supérieure ;

3 de la portion ascendante :

2 à la paroi antéro-supérieure ;

1 à la paroi postéro-supérieure.

Sur ces 262 ulcères, 181 étaient perforants dont 175 siégeaient sur la première portion du duodénum ; siège exact spécifié 112 fois :

à sa face antérieure . .	69 fois
à sa face postérieure. .	36 fois
à son bord supérieur. .	6 fois
à son bord inférieur . .	1 fois

La perforation vue par sa face péritonéale semble généralement taillée à l'emporte-pièce, et c'est du côté de la muqueuse que l'on peut voir l'étagement en amphithéâtre marquant les étapes du processus ulcératif. L'orifice est arrondi, assez souvent ovalaire, à grand axe parallèle à l'insertion épiploïque ; le diamètre varie de 2 à 5 millimètres, dans les perforations arrondies, le grand diamètre atteint parfois 1 centimètre dans les perforations ovalaires. Le plus souvent ce sont des ulcères assez vastes qui sont perforés, et l'on peut même dire qu'il est exceptionnel que les grands ulcères ne le soient pas, mais les petits peuvent l'être aussi. Cette grande dimension des perforations de l'ulcère duodénal, ainsi que la rigidité de ses parois, a une énorme importance au point de vue des résultats cliniques : comme le fait remarquer le professeur Dieulafoy : « Le trou est large et béant, les bords indurés n'ont aucune tendance à combler le vide, ainsi que pourraient le faire des tissus flasques ; aussi les produits de la digestion, microbes et toxines, sont-ils rapidement déversés dans le péritoine en quantité considérable. Sous ce rapport, la perfo-

ration duodénale me paraît plus redoutable encore que la perforation stomacale, car les substances toxi-infectieuses de la digestion passent dans le péritoine sous forme de chyme venu de l'estomac et sous forme de matières fécales remontant de l'estomac par mouvements anti-péristaltiques. Le péritoine subit un tel assaut qu'en moins de vingt heures la péritonite est généralisée, et le malade peut succomber d'une façon presque foudroyante. »

Nous compléterons ce que nous venons de dire sur la direction que prennent les liquides septiques et la situation des abcès consécutifs, notion très importante qui domine toute l'histoire clinique des perforations du duodénum, et donne la clef de la grande majorité des insuccès dans les interventions, en citant les expériences cadavériques de Maynard Smith : Il fait passer un tube par l'œsophage et l'estomac et lui fait perforer la première portion du duodénum, face antérieure, siège habituel des perforations par ulcère. Ligature du tube aux bords de la perforation. Fermeture de l'abdomen ouvert pour ces diverses manipulations.

On fait couler par un entonnoir dans le tube du liquide, qui, par conséquent, s'écoule dans la cavité péritonéale, comme par un ulcère perforé. (Le liquide employé est de l'eau tenant en suspension au moyen d'une émulsion gommeuse de l'oxyde de zinc.) Dans chaque expérience le liquide coule en bas dans la direction de la loge rénale droite et se collecte dans un espace limité par :

En avant : surface inférieure du lobe droit du foie et angle droit du côlon ;

En arrière : péritoine postérieur de la grande cavité (couvrant la paroi postérieure et le rein) ;

En dehors : la paroi abdominale.

En dedans : le duodénum lui-même et l'hiatus de Winslow.

D'après Maynard Smith.

Suivant sa direction supérieure, la collection fuse derrière le foie, entre lui et le diaphragme jusqu'au ligament coronaire qui l'arrête, contourne ce ligament et s'étend à la face supérieure du foie jusqu'au ligament falciforme. Le

liquide ayant rempli la loge rénale droite suit un chemin bien déterminé : il ne passe jamais par l'hiatus de Winslow, mais descend tout le long du côlon ascendant, en dehors de lui, le repoussant en dedans à mesure que le niveau du liquide se rapproche de celui du bord du bassin, jusqu'à ce qu'il atteigne ce niveau ; il fait alors irruption dans le bassin. Mais le côlon ascendant n'a pas toujours de méso ; dans ce cas le liquide dépasse son niveau avant d'atteindre celui du bassin ; il quitte alors la loge rénale en croisant le côlon, d'ordinaire à quelques travers de doigt au-dessous de l'angle droit du côlon ; dans ce cas il tend encore, guidé par l'obliquité du mésentère à venir se collecter dans la région cæcale.

SYMPTOMATOLOGIE

Très souvent l'ulcère stomacal a une évolution latente et c'est par les accidents foudroyants de la perforation qu'il manifeste pour la première fois son existence. Sur 25 cas rassemblés par Schwartz en 1828, cet auteur ne relevait d'antécédents que cinq fois ; encore étaient-ils trop vagues pour qu'on pût établir le diagnostic ; deux fois seulement on avait fait le diagnostic d'ulcère stomacal, les trois autres, on avait vaguement parlé de gastralgie, de dyspepsie ; disons cependant que depuis lors, au fur et à mesure que l'on s'attache davantage à les rechercher, on trouve de plus en plus souvent ces antécédents dyspeptiques. Toujours est-il que, à eux seuls, ils ne peuvent suffire à permettre de faire le diagnostic. Ils n'ont de valeur absolue que lorsqu'ils se trouvent associés à l'un ou l'autre des deux signes cardinaux de l'ulcère : douleur et hémorragies, et surtout aux deux, mais ce dernier cas est extrêmement rare. Cette circonstance est d'autant plus regrettable que chacun de ces deux grands symptômes est lui-même de caractères très variables et vaut surtout par son association avec l'autre. La douleur va de la simple gêne, d'une vague sensation de pesanteur à l'hypochondre droit jusqu'à l'effroyable sensation de déchirement arra-

chant des cris au malade, provoquant des lipothymies et des syncopes.

Ordinairement elle survient comme celle de l'ulcère stomacal par crises consécutives aux repas ; mais tandis que celle-ci suit le repas de très près, ordinairement dans la première heure, quelquefois dans la seconde, celle de l'ulcère débute habituellement de deux, trois ou quatre heures après le repas pour atteindre rapidement un maximum d'intensité ; la crise douloureuse dure environ deux heures à moins qu'un vomissement libérateur ne mette fin à l'irritation de la lésion et aux souffrances du malade. Murphy (*Brit. med. Ass.*, 22 sept. 1906) a insisté sur le moment de la douleur pour distinguer les ulcères de l'estomac et du duodénum.

Le siège de la douleur serait peut-être un des caractères les plus constants si ses irradiations, très variables celles-ci, n'en venaient détourner l'attention. Ce siège se trouve à peu près à l'intersection du bord externe du grand droit et du bord inférieur du foie ou un peu au-dessous. Les irriadiations se font vers l'épigastre, l'abdomen, le thorax, les épaules, mais on ne trouve pas cette irradiation dorsale constitutive de la douleur en broche si caractéristique dans l'ulcère de l'estomac.

L'hémorragie se fait par en bas, tandis que dans l'ulcère de l'estomac elle se fait par en haut; assurément il se produit parfois dans l'ulcère du duodénum une petite hématémèse, mais toujours accompagnée alors d'un mélœna plus important. Celui-ci se produit environ trois heures après le repas annoncé par de violentes coliques, malaise général, besoin impérieux d'aller à la garde-robe ; de quantité

variable, il peut être constitué par quelques cuillerées seulement de matières goudronneuses ou par une abondance de sang poisseux, noirâtre accompagné de sang plus rouge, moins digéré.

L'anémie consécutive à des entérorragies abondantes et répétées peut être le signe révélateur qui conduit à l'examen méthodique des selles.

Les troubles digestifs sont d'une extrême variabilité ; trop souvent, par malheur, ils constituent à eux seuls tous les antécédents ; d'ordinaire ils ne revêtent qu'une forme imprécise et le plus souvent sont étiquetés sous la dénomination vague de dyspepsie. Quand on veut déterminer le genre de cette dyspepsie, on trouve tantôt le type hyper, tantôt le type hypopeptique ; au point de vue clinique elle se manifeste surtout par de la flatulence, une pesanteur plus ou moins douloureuse à l'épigastre, à l'hypochondre droit après le repas ; la diarrhée est parfois signalée, mais la constipation est l'accompagnement ordinaire de ce malaise digestif. Nous trouvons aussi dans quelques cas de l'ictère, des palpitations réflexes.

Même ces troubles digestifs vagues, constituant pourtant une bien pauvre symptomatologie, manquent parfois ou sont si légers qu'ils passent inaperçus. Cette latence de l'ulcère duodénal contrastant avec l'habituelle netteté des symptômes de l'ulcère de l'estomac est attribuée par le Professeur Dieulafoy à ceci que « l'estomac est en contact prolongé avec les aliments et l'acide chlorydrique en excès, tandis qu'au duodénum le contact est fugace et n'existe qu'au contact des aliments chymifiés ».

Qu'il y ait eu ou non les antécédents que nous venons

de mentionner, c'est brusquement, sans signes avant-coureurs, dans un état de santé parfaite en apparence, qu'éclatent les accidents de la perforation, le plus souvent à la suite d'un repas ou dans un effort plus ou moins violent. Le premier en date est la douleur, d'une soudaineté et d'une acuité caractéristiques ; sa violence est extrême, les malades se tordent à terre et tombent souvent en syncope. D'abord localisée, à siège ordinaire sous-hépatico-gastrique ou épigastrique, quelquefois cependant elle débute à gauche. M. J.-L. Faure insiste sur l'importance de son siège entre les épaules ou dans l'épaule gauche : souvent enfin elle débute dans la fosse iliaque droite. Très rapidement elle se généralise, irradie à tout le ventre. En deux, trois heures l'état général du malade est atteint, la face se grippe, les traits se tirent, la température monte à 38 degrés ou au-dessus, souvent après une ascension de début tombe à l'hypothermie entre 36 et 37 degrés. Contrastant avec cette température peu élevée le pouls va s'accélérant d'heure en heure, devient petit, faible, irrégulier, souvent incomptable.

Les vomissements sont parfois un signe initial accompagnant la douleur du début, parfois aussi ils manquent durant toute l'évolution de la péritonite, d'ordinaire ils apparaissent seulement au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures ; ce sont des vomissements verdâtres, bilieux, porracés, à la fin ils deviennent parfois fécaloïdes.

Le ventre est dur, tendu, en contracture musculaire intense, le moindre contact provoque un redoublement de cette contracture, la palpation est partout douloureuse, plus particulièrement, au début, à l'épigastre, à l'hypocon-

dre droit, à la fosse illiaque droite. Tantôt le ventre reste plat, rétracté, tantôt, et plus souvent, il se météorise jusqu'au tympanisme, circonstance fâcheuse car il est difficile alors de constater un signe de première importance : la sonorité préhépatique. Ce symptôme caractéristique d'une perforation stomacale ou intestinale n'est d'ailleurs pas constant. M. Smith, dans sa statistique de 14 cas, trouve la matité normale dans 3 cas, absente dans 3, sensiblement diminuée dans 3, peu dans les autres.

La matité dans les flancs, inconstante aussi, est également difficile à percevoir pour la même raison.

Le hoquet semble manquer rarement.

L'absence des selles et de gaz par l'anus, à partir de l'accident initial, est un signe qui ne manque jamais, peut-on dire, mais si les autres symptômes sont frustes ou si l'on néglige d'en tenir compte il est plutôt de nature à induire en erreur.

Les accidents évoluent avec une rapidité foudroyante, on voit les malades succomber en quelques heures, le plus souvent au bout de deux jours, rarement quatre ou cinq. Toutes les chances de survie qu'ils peuvent avoir se trouvent donc dans l'établissement d'un diagnostic très précoce ; de lui dépend la précocité de l'intervention et la conduite rationnelle à tenir au cours de cette intervention.

DIAGNOSTIC

Malheureusement ce diagnostic reste toujours difficile, parfois impossible.

Mentionnons pour mémoire quelques cas où une modalité spéciale de la douleur et des circonstances préexistantes ont fait dévier tout à fait le diagnostic. ceux par exemple de Pollak ayant affaire à un rétréci blennorragique n'ayant pas uriné depuis deux jours et de Capitan qui se trouvait en présence d'un anurique avec grande matité hypogastrique ; tous deux portèrent le diagnostic de rétention d'urine. Widham, Germain Sée. Foqui, Wallon firent celui de coliques de plomb, d'autres de coliques hépatiques, néphrétiques ; Kayl, Heckford de choléra, Barrié, Henrot d'empoisonnement. Labbé de hernie étranglée, Mayne, Shattuck de péricardite.

Mais le plus souvent ce qui attire le plus l'attention, c'est ou bien l'absence de matières et de gaz par l'anus avec ou sans vomissements, ou bien le tableau complet de la péritonite par perforation avec prédominance des symptômes dans la fosse iliaque droite, ces derniers faits s'expliquent par la disposition anatomique déjà mentionnée. Dans le premier cas, le diagnostic qui se présente à l'esprit, qui s'impose parfois, c'est celui d'occlusion intes-

tinale, dans le second d'appendicite perforante. Ainsi Houzé sur 15 observations donne 6 diagnostics d'occlusion, et 6 d'appendicite ; le véritable diagnostic n'avait été fait qu'une fois, reposant sur les antécédents gastro-intestinaux du malade et la localisation à droite de l'épigastre du maximum de la douleur. Sur 23 cas cités par Darras le premier de ces diagnostics avait été porté 9 fois, le second 8 fois. Si le diagnostic d'occlusion a été fait moins souvent, exceptionnellement même en ces dernières années depuis que médecins et chirurgiens se sont familiarisés davantage avec la péritonite, celui d'appendicite a été encore porté un grand nombre de fois. Voici pourtant longtemps, c'était en 1896, que le professeur Dieulafoy a tracé dans ses grandes lignes, les caractéristiques de ces affections devant permettre de les distinguer ; malheureusement la clinique est infiniment variable et un tableau clinique, si compréhensif soit-il, ne réussit pas à reproduire tous les cas particuliers. Rappelons encore pourtant la description de l'auteur, il faut l'avoir présente à la mémoire quand on a à envisager les diverses hypothèses dont nous parlons.

« Il est un symptôme qui ne manque pour ainsi dire jamais au moment de la perforation de l'ulcère du duodénum ou de l'estomac ; ce symptôme c'est la soudaine intensité de la douleur, ce que nous appellerons si vous le voulez bien, le coup de poignard péritonéal...

... Eh bien, cette soudaineté, cette intensité de la douleur, ce coup de poignard péritonéal est l'apanage de la perforation de l'ulcère duodénal ou stomacal. Ce symptôme, quand il est bien établi, permet déjà à lui seul d'éliminer

les coliques hépatiques, l'occlusion intestinale, l'appendicite, et autres états morbides à retentissement péritonéal, qui ne débutent jamais par des douleurs aussi violentes et aussi inopinées. Regardez-y de près, et vous verrez que les douleurs de la colique hépatique, même quand elles sont intenses, n'ont pas d'emblée la violence des douleurs péritonéales consécutives à la perforation du duodénum. De plus l'homme qui a une colique hépatique, malgré ses souffrances, malgré ses vomissements, n'a jamais, au bout d'une heure ou deux, le masque péritonéal de l'homme qui vient d'avoir une perforation. Chez celui-ci, en effet, tout indique l'imminence du péril : examinez avec attention son visage : il porte déjà la griffe péritonéale : traits tirés, teints d'une pâleur terreuse ; ventre dur et rétracté par la contraction des muscles abdominaux, ou tympanisé par la distension des anses paralysées ou par le passage des gaz dans la grande cavité ; sensibilité extrême à la palpation ; pouls petit et rapide, quelquefois fuyant ; rien de tout cela dans la colique hépatique » ; quand à la température, les deux affections peuvent être l'une et l'autre hyperthermiques ou apyrétiques.

La localisation exacte de la douleur, sans être un signe infaillible, paraît être d'une grande valeur aux yeux de M. Dieulafoy. « La douleur de la perforation duodénale est sus-ombilicale et éclate à la région gastro-hépatique, tandis que la douleur de l'appendicite a son siège à la fosse iliaque droite, au point de Mac-Burney ; ... c'est là qu'existe spontanément ou à la pression, le maximum de la douleur appendiculaire ; c'est à cette région que se localisent l'hyperesthésie cutanée et la défense musculaire qui

sont des éléments précieux de diagnostic .. » Ceci est la règle assurément, malheureusement les cas difficiles sont précisément ceux qui échappent aux règles ordinaires. Or, d'une part, tout le monde connaît les multiples situations anormales de l'appendicite, et parmi elles la plus fréquente précisément est celle de ces « appendicites développées sur des appendicites à type remontant, auquel cas la douleur peut avoisiner la région du côlon ascendant et remonter jusqu'à l'hypochondre droit » et, d'autre part, il suffit de jeter un coup d'œil sur la série d'observations que nous avons recueillies çà et là pour se convaincre que bien souvent le maximum de douleur et de défense musculaire se trouve dans la fosse iliaque droite, en dehors du grand droit en un point qu'il est bien difficile de ne pas identifier avec le point de Mac-Burney ; nous en avons déjà donné la raison anatomique. Dans ces cas, M. Tuffier (Rap. à la Soc. de Chirurgie, 22 mars 1905) n'hésite pas à déclarer le diagnostic impossible.

Le professeur Dieulafoy insiste aussi sur la « qualité de la douleur Pour si aigu que soit le début d'une appendicite, pour si rapide que soit l'apparition des symptômes, je n'ai jamais vu l'appendicite débuter par la douleur subite, atroce, qui est le caractère de la perforation duodénale. Il est même des appendicites à évolution rapide, à gangrène précoce, qui se traduisent à leur début et pendant leur évolution par des symptômes d'autant plus traîtres qu'ils sont souvent peu alarmants et peu intenses. Comparez les débuts de l'appendicite et les débuts de la perforation duodénale : au cas d'appendicite, la douleur est parfois précédée d'autres symptômes, nausées, malaises simulant l'indigestion,

ce qui n'existe pas avec la perforation duodénale, et, dans le cas assez habituel où la douleur est le symptôme initial de l'appendicite, cette douleur n'est pas d'emblée extrêmement vive : elle met une demi-heure, une heure et bien plus encore, avant d'atteindre une intensité qui du reste est rarement excessive ; tandis que, au cas de péritonite par perforation duodénale ou stomacale, la douleur est aussi atroce que soudaine, et la comparaison du coup de poignard péritonéal, qui lui convient si bien, n'est vraiment pas applicable à l'appendicite... De plus, l'état du ventre est bien différent dans les deux cas. Examinez un individu peu d'instants ou peu d'heures après sa perforation duodénale, et vous trouvez le ventre tantôt dur et rétracté, tantôt ballonné et tympanisé sur toute son étendue : la matité normale de la région hépatique est en partie masquée par la sonorité. Rien de pareil ne se voit au cas d'appendicite, la dureté du ventre et la défense musculaire sont limitées aux parages de la région appendiculaire : quant au tympanisme abdominal, il n'a de tendance à se produire qu'à une époque plus avancée... »

C'est encore sur les caractères de la douleur que le professeur Dieulafoy se fonde pour distinguer l'occlusion de la perforation avec grande distension des anses. « Je sais bien qu'au moment où l'on examine un malade dont le ventre s'est météorisé à la suite d'une perforation duodénale, la sensibilité est parfois émoussée et les douleurs peuvent avoir perdu leur acuité ; mais qu'on veuille bien se renseigner et préciser le début des accidents, et on verra que la perforation s'est révélée soudainement, par des douleurs très vives, parfois atroces, chez un individu qui,

la veille encore, avait des gardes-robes régulières et des voies digestives en parfait état. Ce n'est pas ainsi que procède l'occlusion intestinale, les symptômes ne marchent pas avec une telle rapidité ; le tympanisme est plus lent à se faire ; la douleur soudaine, le coup de poignard péritonéal ne marque jamais le début de l'occlusion intestinale, quelle que soit la cause de l'occlusion. » D'ailleurs, comme le fait remarquer l'auteur, ce tympanisme est loin d'être la règle ; très souvent on trouve au lieu de lui cette contracture réflexe des muscles abdominaux, que nous verrons plus loin être un signe de tout premier ordre dans les perforations traumatiques, contracture qui donne à toute la musculature du ventre et d'une façon plus marquée encore, au grand droit du côté droit une dureté ligneuse de très grande valeur diagnostique ; elle s'exacerbe au moindre contact. D'ailleurs les deux états peuvent se succéder chez le même sujet : ventre dur, plat, rétracté au début, tympanisé et météorisé quelques heures plus tard ou le lendemain.

« De tout ceci il résulte que chez un malade atteint de douleurs abdominales, de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz, que le ventre soit plat ou tympanisé, peu importe, c'est la brusquerie, c'est l'intensité de la douleur, c'est l'entrée en scène des symptômes qui nous permettent d'affirmer la perforation et la péritonite consécutives. Ajoutez à cela l'état du malade, parfois voisin du collapsus, son anxiété profonde, l'aspect du visage, le masque péritonéal, la petitesse et la rapidité du pouls, autant de signes qui peuvent exister dès les premières heu-

res de la perforation et vous serez en mesure de faire le diagnostic ».

Diagnostic de péritonite, peut-être, mais pour le diagnostic de son origine, cette conclusion serait sans doute un peu excessive, et nous adopterions volontiers celle plus modérée de M. Tuffier . « En somme, quand la triade symptomatique existe, douleur brusque atroce, survenant au creux épigastrique chez un malade ayant un passé dyspeptique, vous pouvez poser un diagnostic ferme, mais cela n'arrive pas dans le quart des cas. Si ce trépied est boiteux, vous pourrez peut-être soupçonnner la lésion, mais vous ne pourrez plus l'affirmer ».

La péritonite par perforation duodénale n'a jamais été prise pour une péritonite primitive de l'adulte, soit à pneumocoques, soit à streptocoques ; du reste ce sont là des affections rares, auxquelles on ne pense guère, auxquelles même il vaut mieux ne pas penser car ce diagnostic posé détournerait de la recherche des lésions intestinales ; elles sont d'ordinaire l'apanage des femmes (des fillettes pour la première) ; si l'âge égare le diagnostic dans la péritonite à pneumocoques, c'est généralement du côté de l'appendicite que l'on dirige d'inutiles investigations ; très rapidement d'ailleurs l'évolution de péritonite à pneumocoques diffère tout à fait de celle par perforation ; la péritonite à streptocoques simule souvent une typhoïde grave. Dans les deux les vomissements sont précoces et abondants, on ne trouve pas de localisation précise de la douleur, et il survient rapidement une diarrhée qui contraste nettement avec l'arrêt des matières et du gaz à peu près constant dans les péritonites par perforation.

Si la soudaineté des débuts, la douleur abdominale et les vomissements peuvent caractériser le début des uns et des autres, la soudaine et terrible intensité de la douleur, le coup de poignard péritonéal, siégeant à l'étage supérieur de l'abdomen, du côté de l'épigastre, appartient à la péritonite par perforation des viscères de la partie haute de l'abdomen.

Ces viscères sont l'estomac, le duodénum, le vésicule biliaire et le pancréas. Nous ne voyons pas que la confusion ait eu lieu entre les perforations de la vésicule et du duodénum, sans doute parce que la vésicule ne se perfore qu'après une période habituelle pendant laquelle se succèdent les symptômes de la lithiase simple puis suppurée, ou encore à la suite d'une typhoïde, cas dans lequel ne se rencontrent pas les perforations stomacales ou du duodénum.

Pour ce qui est des pancréatites, il y a deux sortes de cas à envisager. Le premier comprend les pancréatites hémorragiques lentes suppurées dont l'évolution, ainsi que le remarquait fort bien M. Guinard à la Société de Chirurgie (17 avril 1907), ne ressemble point à celle des ulcères latents avec perforation soudaine, mais bien à celle des ulcères anciens ayant longtemps provoqué la triade symptomatique de l'ulcère, perforant la paroi tardivement, aboutissant à un abcès péritonéal enkysté (assez souvent pyothorax sous-phrénique). Le deuxième est constitué par le syndrome que M. Dieulafoy appelle le drame pancréatique, lié à la cystostéatonécrose et à la brusque hémorragie pancréatico-péritonéale ; dans les cas décrits sous ce nom il est certain que la brusquerie et l'intensité des douleurs abdominales, leur localisation, les vomisse-

ments, l'angoisse, la tendance au collapsus, constituent un tableau absolument identique à celui d'une perforation stomacale ou duodénale : « Il faut faire une enquête sérieuse pour savoir si le malade n'est pas entaché de lithiase biliaire cause fréquente de pancréatite ; le malade est-il hépatique, a-t-il été hépatique, a-t-il eu des coliques hépatiques ? De plus il faut rechercher avec soin le siège principal de la douleur et de la défense musculaire qui, au cas de pancréatite, existent surtout dans les parages de la région ombilicale, un peu au-dessus et à droite de l'ombilic ».

On concevra la difficulté du diagnostic en songeant que les antécédents manquent souvent, ou passent inaperçus dans le drame pancréatique et que l'ictère a été exceptionnellement signalé dans l'ulcère duodénal. Un cas de pancréatite suppurée cité par M. J.-L. Faure, à propos du rapport de M. Guinard, imposait également le diagnostic de perforation stomacale. Au surplus, dans tous ces cas les conclusions pratiques sont identiques. De même, et fort heureusement lorsque l'on se demande si l'on est en présence d'une perforation du duodénum ou de l'estomac ; Murphy a bien établi la comparaison des symptômes dans les deux cas : en fait le tableau de la perforation est le même, c'est seulement la symptomatologie antérieure qui peut diriger le diagnostic dans un sens ou dans l'autre, or nous savons que l'ulcère duodénal est très souvent latent et celui de l'estomac dans un nombre appréciable de cas.

Pour être exact, ajoutons que, quelle que soit la haute valeur diagnostique du « coup de poignard péritonéal », la douleur n'éclate pas dans l'intégrale totalité des cas de

façon absolument soudaine. Il semble que dans quelques cas (André Martin, Clay, Clogg, Musser et Martin...) la perforation se fasse en plusieurs temps marqués chacun par une aggravation de la douleur ; le moment précis de la perforation se trouve ainsi marqué seulement par une plus grande intensité de douleurs préexistantes ; ces cas d'ailleurs, sont exceptionnels.

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que les cas où la perforation d'ulcère duodénal existait seule en tant que cause de réaction péritonéale. Mais voici un cas qui serait plus complexe : c'est celui sur lequel le professeur Dieulafoy a attiré l'attention dans une clinique de 1905 où il en réunissait cinq observations ; ulcère perforant du duodénum ou de l'estomac consécutif à l'appendicite ; dans deux cas l'ulcère siégeait sur le duodénum, nous en avons résumé les observations.

Pour le professeur Dieulafoy il y a eu appendicite subaiguë avec abcès rétro-cæcal et adhérence ; la toxi-infection appendiculaire a retenti sur l'estomac ou sur la première portion du duodénum ; l'auteur montre la progression du processus ulcératif créé par la toxi-infection appendiculaire : hématémèses légères par érosions, exulcérations superficielles ; si le processus gangréneux atteint toute la muqueuse, gastrite toxique ulcérative avec *vomito negro ;* enfin dans quelques cas processus local galopant et ulcère perforant.

Quelle que doive être l'interprétation de ces faits, le diagnostic n'en est guère possible :

« Quand les deux lésions (appendicite et ulcère perforant) existent à la fois, la diffusion des douleurs abdomina-

les venant des deux foyers différents et la présence possible d'une péritonite suraiguë, tout cela complique tellement la situation qu'on a peine à s'y retrouver. Mais il suffit d'être prévenu pour agir en conséquence. C'est au chirurgien d'aller à la recherche des deux foyers et de s'inspirer de la situation... Deux malades (ulcère stomacal) ont été sauvés par la double intervention séance tenante. »

INDICATIONS OPERATOIRES

M. Schwartz a fait avec énergie le procès des deux erreurs les plus fréquentes de diagnostic sur lesquelles nous venons d'insister ; il a montré combien elles pouvaient être préjudiciables aux malades : « Si le diagnostic occlusion, dit-il, entraînait une détermination opératoire immédiate, si elle est possible, il n'y aurait encore que demi-mal ; mais presque toujours il fait perdre un temps précieux et instituer un traitement tout à l'encontre de ce qui devrait être fait : lavement, purgatifs, etc. pour lever le soi-disant étranglement. Lorsqu'on opère, il est presque toujours trop tard, les lésions sont généralisées, l'intoxication a fait son œuvre, l'opéré meurt. Quelquefois, comme l'a fait observer Sueur, le chirurgien, ancré dans son diagnostic d'occlusion, referme le ventre du moment qu'il n'a pas trouvé, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on trouve l'ulcère perforé du duodénum, cause des accidents. »

Quant à l'erreur consistant à se tromper sur le siège de la lésion initiale cause de la péritonite diffuse par perforation, et à la placer au niveau de l'appendice, encore qu'il la trouve plus excusable que l'autre et reconnaisse qu'elle a été faite par des chirurgiens éminents, M. Schwartz ne peut s'empêcher d'insister sur ses conséquences regretta-

bles. « Le chirurgien, qui intervient, incise sur la fosse iliaque ; il trouve du pus et des liquides intestinaux ; quelquefois ne trouvant pas l'appendice et ne voulant pas aller plus loin, il fait un drainage qui est forcément insuffisant et l'opéré succombe à la continuation des accidents par suite de la persistance de la perforation qu'on ne trouve qu'à l'autopsie ; quelquefois, deux à trois fois, trouvant l'appendice sain, l'on reconnaît l'erreur et l'on va alors à la recherche d'une perforation plus haut située, soit par une laparotomie latérale, soit même par la médiane, et l'on trouve alors la perforation duodénale. On a fait des recherches inutiles qui ont prolongé l'intervention sur un malade généralement très gravement atteint ; malgré tout il succombe. C'est là l'histoire lamentable de tous les faits où cette erreur de diagnostic a été commise. »

Et l'auteur conclut :

« Il faut que nous sachions que dans une laparotomie pour péritonite aiguë de cause un peu obscure, l'on ne devra jamais négliger d'aller examiner le duodénum, si l'on ne trouve pas le point de départ des lésions dans une affection de l'intestin ou de l'appendice. C'est là une conclusion du mémoire de M. Sueur à laquelle je ne saurais trop me rallier. Il faut espérer que ces points bien mis en lumière, l'on pourra se mettre en garde contre les erreurs si souvent commises. »

TRAITEMENT

En 1894, Collin terminait sa thèse très documentée (*Etude sur l'ulcère simple du duodénum*) par ces mots : « Le traitement chirurgical de la péritonite généralisée par perforation consiste à ouvrir largement l'abdomen, à laver le péritoine, à réséquer du même coup, s'il y a lieu, la partie malade et à pratiquer l'affrontement et la suture des lèvres de la plaie. Cette opération n'a pas encore été appliquée à la péritonite par perforation du duodénum. » Effectivement, dans les cas qu'il cite à la fin de cet ouvrage, ou bien, comme dans celui de Jollye, le diagnostic de perforation gastrique ou intestinale avait été porté, mais l'état du malade avait été jugé trop grave pour intervenir utilement, ou bien, comme dans celui de Letulle, le malade était mort au moment où on le transportait en chirurgie, ou bien enfin l'on était intervenu, mais sans diagnostic étiologique précis, et l'on était passé à côté de la lésion sans la trouver. Ce dernier cas était celui de Bryant et de Monod intervenant avec le diagnostic d'appendicite, et de Lockwood intervenant une fois avec le diagnostic d'obstruction intestinale, une autre avec celui de péritonite dont il lui fut impossible de trouver la cause.

Dans les premiers essais d'intervention, par conséquent

nous voyons les opérateurs se heurter à ces deux grosses difficultés : difficulté du diagnostic de perforation, difficulté de découvrir la perforation même après la laparotomie ; on perd son temps en hypothèses vaines, en essais de traitements inutiles ; quand on se décide à opérer, on ne cherche pas la perforation parce que l'on n'a pas soupçonné son existence, où bien on la cherche là où elle n'est pas : à l'appendice, aux anses grêles, à l'estomac ; si on la trouve, c'est le plus souvent par un heureux hasard. C'est sur quoi Houzé insiste en 1896 dans son beau travail sur l'*Intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation* », C'est. à cette double difficulté qu'il attribue l'infériorité considérable des résultats dans les interventions pour perforation d'ulcère duodénal par rapport aux interventions pour perforation d'ulcère de l'estomac.

Dans le premier cas il arrive à la belle statistique de 35 0/0 de guérisons, dans la deuxième à celle de 5,5 0/0. Encore le malade qui seul sur 18 a survécu à l'opération est-il mort peu après à la suite d'une seconde laparotomie nécessitée par une obstruction intestinale.

Dépouillant cette statistique de 15 observations qu'il reproduit, Houzé montre les fâcheuses conséquences :

D'une part, de la difficulté du diagnostic : 7 fois seulement sur ces 15 la laparotomie a été faite dans les vingt-quatre premières heures et c'est à cette série de cas qu'appartient l'unique succès ; dans tous les autres l'opération fut faite de soixante heures à six jours après le début des accidents ;

D'autre part, de la difficulté de la découverte de l'ulcère :

dans 4 des 7 interventions précoces, et dans toutes les interventions tardives sauf une, la cause initiale des accidents passa inaperçue.

Fâcheuses circonstances car, ainsi que le fait remarquer l'auteur, deux conditions sont essentielles au succès d'une laparotomie par perforation :

Première condition : Intervention très hâtive : l'évolution est foudroyante, les formes suraiguës où il est trop tard pour intervenir au bout de quarante-huit heures ne sont pas rares ; donc aussitôt dissipé le collapsus initial qui marque parfois le début des accidents, et la réaction péritonéale caractérisée, fût-ce seulement par des modifications du pouls et la contracture diffuse de la paroi abdominale, laparotomie.

Deuxième condition : grande rapidité d'exécution malheureusement difficile à réaliser étant données les difficultés d'arriver sur la lésion initiale et de la supprimer.

Quant à la conduite à tenir, Houzé la discute dans deux chapitres différents : dans le chapitre du traitement de la péritonite il présente longuement les arguments des défenseurs et des adversaires du lavage du péritoine et il conclut avec le Professeur Berger, MM. Jalaguier, Delbet en faveur du lavage.

Quant au drainage, soit par tubes, soit par Mikulicz, tous sont d'accord pour en proclamer la nécessité.

Dans le chapitre spécial à la perforation du duodénum, Houzé indique que la suture a été faite par les quatre opérateurs qui ont trouvé la perforation, trois fois après excision rapide des bords de l'ulcère ; il indique les autres procédés qui lui semblent praticables (fixation à la paroi abdominale, entéro-anastomose au bouton de Murphy, ou,

en désespoir de cause, l'isolement de la lésion par un tamponnement à la gaze aseptique ou iodoformée) et il ajoute un mot pour faire remarquer la fréquence des collections de la fosse iliaque droite et la nécessité de les drainer.

Les conclusions au point de vue du traitement sont les mêmes dans la thèse de Darras : *De la perforation dans l'ulcère simple du duodénum* (Paris, 1896), mais l'auteur relève deux interventions où l'on a appliqué, dans l'impossibilité de faire la suture, le procédé indirect consistant à isoler aussi complètement que possible le territoire infecté des parties voisines et à établir un puissant drainage ou un tamponnement de la région à l'aide de drains ou de gaze aseptique. Ces deux observations étaient celles de Landerer et de Lennander tenant au niveau du duodénum la conduite déjà adoptée par Hartmann et Mauclaire au niveau de l'estomac, et obtenant comme eux un succès complet. Ces deux succès avec celui de Darras (suture) font monter à 16 0/0 la statistique des succès dans les cas réunis par Darras, pourcentage qui lui paraît plein de promesses pour l'avenir en le comparant à celui de 5, 5 0/0 auquel arrivait Houzé moins de un an auparavant.

Comme ce dernier, Darras insiste sur la nécessité de faire vite ; dans trois des quatre succès qu'il rapporte, l'heure de l'intervention était indiquée : or elle était postérieure de douze, vingt-quatre et quarante-huit heures au début des accidents (dans aucun le diagnostic n'avait été fait). Mort dans tous les cas où l'on a attendu plus longtemps ; aussi l'auteur rappelle-t-il les paroles de M. Michaux à la Société de Chirurgie, au sujet des perforations de l'estomac.

« Il est nécessaire de divulger les faits de mort rapide pour bien faire comprendre aux médecins et aux familles combien, en pareil cas, les minutes sont précieuses et avec quelle rapidité la moindre hésitation agrandit et multiplie les dangers du seul traitement logique, l'intervention chirurgicale. »

Ce langage énergique d'un maître expérimenté qui s'est rendu compte par lui-même des méfaits de l'expectative en dépit de l'excellence de la technique, nous le retrouvons deux ans plus tard dans la bouche de M. Schwartz. Dans son rapport du 5 janvier 1878 à la Société de Chirurgie il fait une critique minutieuse de 25 opérations qu'il a réunies, les examinant en détail pour en dégager les indications et la technique de l'intervention. Dans ces 25 cas, il relève 3 succès, soit un pourcentage de 12 0/0, il est vrai qu'un seul a donné une guérison durable, mais quand il s'agit d'une intervention neuve, hardie et tentée dans des cas désespérés, on doit surtout envisager le résultat opératoire immédiat. M. Schwartz fait remarquer, comme les auteurs précédents, que ces trois succès semblent dus principalement à la précocité de l'intervention : en effet, les malades ont été opérés 2 fois moins de quarante-huit heures, 1 fois moins de trente-six heures après le début des accidents.

Tous les malades opérés à partir de la quarante-huitième heure sont morts ; quant aux interventions très précoces (sixième heure maximum) elles ont été incomplètes : le drainage notamment a été mal établi. A ce sujet l'auteur fait remarquer la nécessité d'explorer la fosse iliaque droite où l'on trouve si souvent une collection purulente. De négli-

ger c tte précaution a coûté la vie à ces deux malades. En revanche, c'est à elle qu'est dû le seul cas de guérison durable, celui de Dunn déjà cité dans la thèse de Darras. Les deux autres opérés guéris opératoirement sont celui de Landerer et Glückmann, mort cinq mois après d'une nouvelle perforation (thèse de Darras) et celui de Percy-Dean, qui a succombé deux mois après l'intervention à une obstruction intestinale par bride nécessitant une seconde laparotomie (thèse de Houzé).

Au point de vue de la conduite à tenir vis-à-vis de l'ulcère perforant, Schwartz relève :

Neuf sutures avec 2 guérisons opératoires dont une durable (cas de Percy-Dean) au bout de seize heures et de Dunn après quelques heures.

Deux sutures médiates avec 1 guérison opératoire : cas de Landerer à la douzième heure ; insuccès dans le cas de Sueur opérant au bout de quarante-huit heures : dans ces cas « les chirurgiens, n'ayant pu réunir les bords de l'ulcère à cause de l'étendue et de la friabilité des tissus, ont fait une suture médiate, utilisant des guenilles de tissus, l'épiploon, les brides d'adhérences pour constituer une barrière à l'écoulement des liquides, qu'ils drainaient en même temps du côté de la paroi laissée ouverte en partie ». Malgré ces résultats encourageants Schwartz estime que la suture médiate ne doit être qu'un pis-aller, et à plus forte raison, ajoute-t-il, le simple drainage sans sutures : effectivement, dans 11 cas où la perforation a passé inaperçue, soit par erreur de diagnostic, soit parce que le chirurgien a été arrêté dans ses recherches par la gravité de l'état du malade, la mort a été constante au bout de quelques heu-

res à quelques jours. Donc, autant que possible, suture et vaste drainage, surtout si l'on n'est pas rassuré sur la solidité de la suture ou si celle-ci a été faite sur des tissus peu résistants.

Pagenstecher dans un article de la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 21 novembre 1901, étudiant le traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum donne une statistique de 29 cas d'intervention pour perforation : beaucoup sont de ceux mentionnés plus haut.

Selon lui trois indices mettent sur la voie de la perforation : on doit la trouver :

1° Là où le pus s'écoule le plus abondamment ;

2° Là où se trouvent les adhérences péritonéales les plus épaisses :

3° Là où il y a dégagement des gaz.

L'essentiel, en somme, c'est de penser à l'existence possible de cet accident. On incisera au-dessous et à gauche de l'estomac ; on soulèvera le foie ; et, la perforation trouvée, si possible on la suturera. Toutes les fois que l'on s'est contenté de donner issue au pus, le malade est mort.

Moynihan (*The Lancet*, 14 décembre 1901) fait la revue de tous les cas opérés jusqu'à ce jour. Nous ne retiendrons que les 14 derniers, opérés en 1899, 1900 et 1901. Nous trouvons 5 guérisons sur ces 14 cas, soit 35,7 0/0. Ce résultat bien supérieur à ceux des statistiques précédentes paraît dû surtout à la précocité de l'intervention ; sauf dans deux ou trois cas (tous mortels), les patients n'ont jamais passé la journée sans être opérés. La plupart des échecs tiennent encore à un mauvais diagnostic : d'où

incision iliaque et simple drainage à ce niveau ; on ne trouve la lésion initiale qu'à l'autopsie. Au point de vue de la conduite à tenir, Moynihan insiste sur le traitement général par le sérum et surtout la strychnine qu'il ne craint pas d'ordonner à doses « gargantuesques » ; sur le lavage soigneux et le drainage de la cavité péritonéale, spécialement des points où se trouvent d'ordinaire les collections (sous-hépatique, lombaire droite, iliaque droite, bassin), le liquide doit être à la température normale du corps et ressortir clair) ; sur l'inutilité de l'excision de l'ulcère préjudiciable en ce qu'elle fait perdre un temps précieux : enfin sur la nécessité fréquente (notamment dans un cas personnel) de faire d'emblée la gastro-entérostomie : à savoir lorsque la perforation occupe une grande partie du diamètre de l'intestin ou que la friabilité de ses bords oblige à porter fort loin les points de suture.

Maynard Smith dans son article de la *Lancette* du 31 mars 1906 donne une statistique très intéressante à dépouiller et accompagnée de remarques également utiles. Il distingue trois catégories dans les perforations d'ulcère duodénal :

Première Catégorie. — Inondation de la grande cavité par les matières contenues daus le duodénum ; péritonite septique suraiguë.

Deuxième Catégorie. — Perforation aiguë également, mais avec épanchement dans le péritoine par petites quantités des matières septiques ; formation d'un abcès qui augmente sans cesse et se rompt un ou deux jours après dans la grande cavité.

Troisième Catégorie. — Perforation chronique se pro-

duisant soit à la face postérieure du duodénum dépourvue de péritoine, soit au milieu d'adhérences solides préformés : abcès enkysté chronique.

Cette troisième catégorie, que nous n'envisageons pas ici, diffère totalement des deux autres : mais entre celles-ci pas de ligne de démarcation nette ; elles ne diffèrent que par la plus ou moins grande rapidité des grands symptômes septiques ; le type le plus commun semble répondre à la deuxième.

L'auteur compare ses expériences cadavériques que nous avons mentionnées avec les résultats classiques : situation des abcès trouvés dans les laparotomies, et constate leur parfaite concordance.

Il note la coexistence d'appendicite et de perforation duodénale et en relate plusieurs cas.

Ses méthodes de traitement sont surtout intéressantes à étudier ; notons d'abord que les résultats sont encourageants : 4 guérisons sur 11 cas opérés, soit 36, 3 0/0 de succès. Cela est dû d'abord à ce que le chirurgien ne s'obstine pas à intervenir dans les cas absolument désespérés (3 sur 14), ensuite à la précocité du diagnostic (trois heures et demie, huit heures, dix heures ; un seul cas tout à fait exceptionnel après soixante-douze heures !) ; enfin à l'excellence de la technique. Toutes les fois que c'est possible il fait l'excision de l'ulcère (2 fois sur 4 cas guéris) il ne s'y obstine pas cependant si cela doit faire perdre trop de temps. *A fortiori* tient-il la suture pour essentielle (les 4 cas guéris ont été suturés) ; mais il semble la tenir pour suffisante, ce qui ne paraît pas concorder avec sa statistique car les malades chez qui elle a été faite seule sont morts.

Deux succès ont été obtenus sur 3 cas de greffe épiploïque. L'inconvénient de cette méthode est de laisser l'ulcère en place, mais il semble qu'une gastro-entérostomie consécutive après guérison soit préférable aux manœuvres d'excision prolongeant l'opération initiale.

L'irrigation large du péritoine (4 succès sur 7 cas) semblerait s'imposer manifestement de préférence à la simple toilette à la compresse (4 cas : 4 morts) si elle n'avait été faite dans des cas beaucoup plus favorables au point de vue du temps écoulé depuis l'origine des accidents ; d'ailleurs les résultats dans les cas de perforation stomacale sont aussi en faveur du lavage.

La nécessité d'un très large drainage s'impose d'une manière encore plus évidente :

Quand on ne met qu'un drain épigastrique le malade meurt (2 cas : 2 morts) ; y ajoute-t-on un drain dans le bassin sortant au-dessus du pubis, les chances de succès augmentent (5 cas : 2 succès) (mais l'un d'eux grâce à l'adjonction ultérieure d'un drain lombaire) et elles augmentent encore avec un troisième drain, lombaire droit (5 cas : 3 succès).

La plus belle statistique d'interventions pour ulcère du duodénum est sans doute celle des frères William et Charles Mayo (Roeloster, Minnesota), citée par William Mayo le 23 août 1906 à la British Medical Association et commentée par lui dans un article du 10 novembre du *British medical Journal*. L'auteur met en lumière l'extrême fréquence de l'ulcère duodénal (40 contre 60 de l'estomac), malheureusement pas encore assez, quoique de plus en plus souvent diagnostiqué, et souvent placé si près du pylore qu'il est difficile de le classer. Les deux chirurgiens ont opéré

175 ulcères chroniques avec 2 morts ; sur 103 opérés qu'on a pu suivre après l'intervention 93 ont été guéris ou tellement améliorés qu'on peut les considérer comme tels, 8 n'ont pas guéri, ou, légèrement améliorés, ont récidivé ; chez 2 seulement l'état s'est aggravé. Quant aux cas de perforation brusque, ils en ont eu 10 dans lesquels ils sont intervenus avec 4 décès seulement, soit 60 0/0 de succès.

Examinons maintenant les 17 observations postérieures à 1903 que nous avons réunies de perforation avec intervention : nous arrivons à un total de 8 guérisons, ce qui nous donne un pourcentage de 47 0/0 de succès. Ces chiffres, comme tous les précédents d'ailleurs, n'ont qu'une valeur fort relative, car ici l'on publie des statistiques intégrales, là on ne fait connaître que les succès. Ce qui semble cependant se dégager de l'examen de ces cas, c'est encore ici l'étroite liaison d'un diagnostic exact et précoce avec un bon résultat, la nécessité d'un drainage complet et méthodique ; et enfin l'innocuité et souvent la grande utilité du lavage péritonéal que l'on tend pourtant de plus en plus à abandonner en France. (Nous n'envisageons nullement cette dernière question dans tous les cas où elle peut se poser, mais seulement dans le cas qui nous occupe ; on peut cependant en induire, par analogie, qu'il y aurait peut-être lieu de revenir dans un certain nombre de cas à la pratique du lavage péritonéal.)

Mayo Robson dans son intéressant rapport à la Hunterian Society of London (*Brit. Med. Journal*, 2 févr. 1907) distingue divers cas :

1° Liquide peu abondant faisant issue par une petite ouverture : si l'on intervient de très bonne heure, on a

chance que l'infection soit localisée à la loge rénale où conduira une incision à travers le rein droit, à 1 centimètre de la ligne médiane, par où l'on fera le nettoyage et la suture ; peut-être à la rigueur pourrait-on se passer de drainage, mais c'est peu prudent ; en tous cas le lavage paraît alors inutile, et l'on peut se contenter, au lieu d'exciser l'ulcère, d'en replier les bords dans la lumière de l'intestin ; au-dessus points à la Lambert ou suture en bourse, recouverts, si possible, d'une greffe épiploïque.

2° Grande ouverture, inondation de la cavité par les produits septiques : même incision, mais y ajouter une petite ouverture sus-pubienne par où l'on draine le Douglas (femmes) ou le cul-de-sac vésico-rectal (hommes). Quant à la question du lavage péritonéal elle est encore controversée : Murphy et d'autres prétendent obtenir mieux en s'en passant ; Mayo Robson croit qu'on ne peut avoir qu'à se louer si on l'applique judicieusement, le malade étant en position demi-assise, le liquide ressortant par le drain pelvien en entraînant les matières septiques ; on évitera soigneusement de manipuler les viscères, de leur imposer des frottements rudes sous prétexte de nettoyage. Si l'état général est bon, le péritoine lisse au moment de l'intervention, bon pronostic. Si le péritoine est atteint, les anses distendues, il faut traiter rapidement la perforation et faire un lavage très complet, mais rapide de toute la cavité.

Dans des cas exceptionnels où l'on intervient tardivement, où l'on se trouve en présence d'anses très distendues, il pourra être indiqué de faire sur l'une une petite incision pour pouvoir ensuite explorer le duodénum et de

profiter de l'anesthésie pour faire un grand lavage d'estomac.

Le malade sera installé demi-assis dans son lit, pour favoriser le drainage on lui administrera de grands lavements de sérum suivant la méthode de Murphy et des injections de strychnine.

Bien que dans ces cas le pronostic soit très mauvais, il n'est cependant pas désespéré ; la gravité de l'état tient surtout à la résorption des toxines, et si l'on peut soutenir le malade jusqu'à ce qu'il les ait éliminées, on peut le sauver.

La question de la gastro-entérostomie à faire séance tenante n'est pas facile à trancher : évidemment elle favorise une guérison rapide, et quand on intervient très précocement on peut la tenter ; mais, en règle générale, elle augmente trop le danger de shock et mieux vaut la faire secondairement si besoin est.

Nous mentionnerons seulement la statistique des cas réunis par l'auteur, trop nombreux pour qu'on puisse ainsi les considérer en bloc et qui tend simplement à montrer la grande différence des résultats suivant qu'on opère avant (succès 62, 3 0/0) ou après (succès 17, 5 0/0) la vingt-quatrième heure.

CONCLUSIONS

I. — Affirmer la perforation duodénale ou stomacale chez un malade présentant nettement le coup de poignard péritonéal dans la région épigastrique ou à sa jonction avec l'hypochondre droit, et ayant un passé dyspeptique.

Incliner plutôt pour le duodénum si le siège de la douleur est assez nettement à droite et surtout si les symptômes digestifs sont vagues, s'il n'y a pas eu les signes cardinaux de l'ulcère stomacal.

Faire une réserve pour le drame pancréatique.

II. — Penser encore au duodénum devant un malade qui paraît présenter le maximum de ces symptômes (douleurs, défense musculaire), au niveau de l'appendice, mais chez lequel le début a été d'une anormale brusquerie, la douleur particulièrement violente, la réaction péritonéale extraordinairement rapide ; interroger soigneusement un tel malade sur son passé pathologique.

III. — Intervenir dès que la question se pose sans attendre que le diagnostic soit *trop* évident : laparotomie sus-ombilicale, médiane, ou mieux 1 centimètre 1/2 à droite de la ligne médiane.

IV. — Suture de la perforation à la Lambert après excision si elle est facile, des bords de l'ulcè e. Si la suture

est douteuse à cause de la friabilité des tissus, ajouter une greffe épiploïque. Si la suture n'est pas possible, boucher comme on peut, avec ce que l'on trouve, et tâcher de préserver la grande cavité.

V. — A moins que l'on ne soit intervenu dans les trois premières heures, au moins deux drains : l'un épigastrique au constact de la suture, l'autre sus-pubien au fond du petit bassin ; par l'une ou l'autre ouverture vérifier soigneusement l'état de la fosse iliaque droite.

VI. — Pour peu qu'il y ait des fausses membranes et du pus, lavage du péritoine au sérum dans la position demi-assise (il ressort des statistiques précédentes qu'il est souvent indispensable, jamais nuisible).

VII. — Préoccupation constante de l'état général (utilité de la strychnine).

VIII. — Exceptionnellement, si la suture équivaut presque à une fermeture, si l'opération a été précoce et rapide, gastro-entérostomie immédiate.

IX. — Enfin et surtout : ne pas attendre chez un malade présentant des signes à peu près nets d'ulcère duodénal, les grandes complications (perforation, hémorragie). Faire, aussitôt le diagnostic posé, la gastro-entérostomie avec enfouissement de l'ulcère. La résection de la portion du duodénum malade doit être réservée à quelques cas tout à fait exceptionnels.

OBSERVATIONS I à IV

(Résumées dans la thèse de Collin. Paris, 1894.)

I. Jollye. — Femme vingt-cinq ans. Légères indigestions.

Première crise douloureuse le 16 mars après le thé. Crises analogues pendant deux mois.

Début le 19 mai par douleur plus forte et vomissements.

20 mai. — Signes de péritonite. Tympanisme généralisé.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère stomacal. Mais pas d'intervention à cause de la gravité de l'état général.

Mort à 5 heures le 21.

Autopsie. — Gaz, pus, anses non distendues. Perforation lenticulaire de la face antérieure de la première portion.

II. Bryant. — Homme, vingt-sept ans, alcoolique. Pas d'antécédents.

Début brusque dans la rue par violentes douleurs. Empâtement de la fosse iliaque. Trois jours après signes de péritonite.

Diagnostic. — Appendicite.

Laparatomie latérale. Pus verdâtre faisant penser à une perforation de la vésicule biliaire. Au-dessus adhérences jusqu'au foie. Contre-ouverture lombaire et drain.

Mort trente-six heures après.

III. Lockwood. — Homme, vingt-huit ans. Pas d'antécédents.

Début le 25 juin par douleur violente à gauche après le thé.

Le lendemain, à droite de l'ombilic, arrêt des matières et gaz.

Vomissements verdâtres, puis fécaloïdes le 1er juillet.

Diagnostic. — **Obstruction intestinale.**

Laparotomie le 2 juillet. Péritonite purulente généralisée. Petit bassin plein de pus. On n'en trouve pas la cause. Intestin distendu incisé et suturé. Drainage.

Mort sept jours après.

Autopsie. — Péritonite généralisée à foyer principal sous-hépatique. Petite perforation de la face antérieure du duodénum.

IV. Lockwood. — Homme quarante et un ans. Antécédents vagues : crise douloureuse avec constipation il y a un an.

Début brusque par douleur.

Signes de péritonite : constipation absolue, vomissements alimentaires, puis fécaloïdes ; tympanisme sauf dans les flancs. Pouls 120.

Diagnostic. — **Péritonite infectieuse diffuse.**

Laparotomie. — On vérifie le diagnostic sans trouver la cause. Lavage. Drainage.

Mort dix jours après.

Autopsie. — Péritonite généralisée à foyer principal sous-hépatique. Ulcère de 1 centimètre de diamètre à la face postérieure de la portion du duodénum.

OBSERVATIONS V à XVI

(Résumées dans la thèse de Houzé. Paris, 1896.)

I. Boiffin. — Homme, vingt-neuf ans. Pas d'antécédents.

Début le 23 août à 5 heures, par coliques violentes et vomissements bilieux.

Signes de péritonite par perforation.

Diagnostic, idem.

Laparatomie dans l'après-midi du 27. Incision sus-ombilicale. Liquide stercoral. Anses distendues avec exsudats épais les agglutinant. Enorme collection séreuse de 2 litres au-dessus du foie. Impossible de trouver la perforation.

Mort dans la soirée. Derrière la troisième portion du duodénum poche formée par agglutination d'anses grêles ; au fond perforation du duodénum, dimensions pièce de 0 fr. 50.

II. Brissaud et Monod. — Homme de trente-cinq ans. Alcoolique. Pas d'antécédents.

Début brusque le 12 décembre au soir par coliques violentes bientôt suivies de vomissements.

Signes de péritonite par perforation, suraiguë, généralisée, avec prédominance dans la région ilio-inguinale droite, cependant sans tumeur ni empâtement.

Diagnostic. — Appendicite perforante.

Laparatomie iliaque droite le 14 décembre à 10 heures.

Issue des matières fécales.

Appendice non trouvé. Drainage.

Mort le soir.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Collection purulente

pleine de matières fécales dans la fosse iliaque droite jusqu'au dessous du foie. Perforation de 14 sur 9 millimètres de la face antérieure du duodénum.

III. Percy-Dean. — Femme de vingt-sept ans antécédents vagues. Pendant quinze jours, douleurs épigastriques, indigestions.

Début le 16 février par augmentation des douleurs et faiblesse, constipation opiniâtre.

17 février. — *Diagnostic.* — Péritonite généralisée et obstruction intestinale.

Laparotomie. — Incision sous-ombilicale donne du pus : agrandie en haut.

Ulcère de la paroi antérieure du duodénum. Excision. Suture. Guérison.

13 avril. — Nouveaux signes d'obstruction, laparotomie. Section d'une bride et levée de d'obstruction. Mort trente-six heures après.

IV. Routier. — Homme, trente ans. Vagues antécédents dyspeptiques. Le 6 mars purge suivie de selles.

Début 7 mars à 6 heures par douleur syncopale dans un effort.

Signes d'occlusion.

Diagnostic probable, idem.

Laparotomie exploratrice. — Anses distendues. Liquide jaune louche, puis purulent, venant de la fosse iliaque droite. Lavage. Fermeture. Guérison apparente. Arrêt des vomissements, rétablissement du cours des matières.

13 mars. — Attaque de dyspnée. M. Huchard diagnostique spléno-pneumonie.

Mort le 17.

Autopsie — Anses saines. Tout le long du côlon ascendant traînée purulente conduisant à une énorme collition sus et sous-hépatique ; celle-ci se prolonge jusqu'au milieu d'adhérences unissant le foie et le pylore, et au milieu desquelles on trouve perforation du duodénum, dimensions pièce de 0 fr. 50 présentant caractères d'ancienneté.

V. Pearce Gould. — Jeune fille, vingt ans. Pas d'antécédents (constipation seulement depuis longtemps ; et pendant quelques jours ballonnement).

Début brusque le 29 septembre à 7 heures par douleur dans l'hypochondre droit.

30 septembre. — Signes de péritonite généralisée. Persistance de la matité hépatique.

Diagnostic. — Péritonite, origine ?

Laparotomie (vingt-six heures après le début) sous-ombilicale : gaz, liquide ; rien à l'appendice ni annexes de l'utérus ; prolongée sus-ombilicale : perforation du duodénum petite. Excision : suture. Lavage du péritoine. Drain.

Mort neuf heures après.

Autopsie. — Suture solide, mais péritonite généralisée.

VI. Hector Mackenzie. — Homme ; âge ? Pas d'antécédent. Début brusque. Signes d'occlusion intestinale.

Diagnostic. — Péritonite par perforation de l'appendice.

Laparotomie. — Péritonite, rien à l'appendice. Fermeture à cause de collapsus. Mort.

Autopsie. — Perforation duodénale.

VII. Lockwood. — Homme, vingt-huit ans. Pas d'antécédents : à peine malaises et troubles digestifs très vagues pendant deux mois.

Début brusque le 4 juillet par douleur et constipation. Le 8 juillet on obtient une selle à force de lavements.

10 juillet. — Signes d'obstruction intestinale ; mais au-dessous du pubis et saillant dans le rectum, tuméfaction mate et fluctuante.

Diagnostic. — Péritonite septique avec collection suppurée du bassin ; l'ulcère du duodénum envisagé est écarté.

Laparotomie sous-ombilicale : 1 litre de liquide purulent ; organes sains, mais plus haut péritonite de moins en moins marquée ; donc lavage et drainage.

Mort cinquante-quatre heures après.

Autopsie. — Etage inférieur : péritonite septique.

Etage moyen : péritonite légère.

Etage supérieur : abcès s'ouvrant du duodénum s'étendant jusqu'à la vésicule biliaire.

Ulcère perforé à la face supérieure de la première portion.

VIII. Lockwood. — Homme, soixante et un ans. Antécédents d'ulcère stomacal : douleurs et vomissements mais sans hémorragies.

Début brusque le 12 septembre à 9 heures 3/4 : douleur à droite au-dessous du thorax ; à 2 heures : signes de péritonite, avec maximum à l'hypochondre droit.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère stomacal.

Laparotomie sous-ombilicale : gaz ; liquides. Leur écoulement amène à une perforation de la face antérieure de la première portion. Suture. Lavage. Drainage.

Amélioration pendant deux jours.

Mort le 14 à minuit 3/4.

Autopsie. — Bonne suture. Pus derrière le foie et dans le bassin (regret de n'avoir pas drainé le bassin).

IX. Lockwood. — Homme, cinquante-six ans. Pas d'antécédents. Une hernie inguinale droite.

Début brusque par signes d'occlusion.

Opération de la hernie : pas d'étranglement.

Incision prolongée dans la fosse iliaque : Péritonite septique, grosse collection de pus autour du cæcum. Etat trop grave pour chercher la cause.

Mort quelques heures après.

Autopsie. — Péritonite septique ; gros épanchements autour des reins et dans le bassin. Perforation de la face antérieure de la première portion. Tissus sains autour, sauf un exsudat fibrineux.

X. Eve. — Homme, vingt-huit ans. Pas d'antécédents.

Début brusque 8 mai, 11 heures du matin, par douleur en coup de couteau suivie de vomissements et constipation.

10 mai, 6 heures du soir : signes de péritonite généralisée avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Laparotomie à minuit : liquide séro-purulent d'ordeur fécaloïde ; fausses membranes. Perforation de la face antérieure de la première portion du duodénum d'où sort du liquide. Avivement. Suture. Lavage. Drainage.

Mort 3 heures après.

XI. Marmaduke Sheild. — Jeune homme, vingt-trois ans. Antécédents lointains : attaques de douleurs et vomissements trois ans avant.

Début 6 juin par douleurs abdominales maxima à droite. Vomissements.

10 juin. Signes de péritonite généralisée avec maximum dans fosse iliaque droite.

Diagnostic. — Appendicite perforante.

Laparotomie latérale. — Anses rouges et distendues ; liquide et gaz. Pas de lésions intestinales. Petite incision pour distendre les anses grêles ; écoulement de plusieurs litres de liquide. Suture. Exploration des vaisseaux des étages moyens et inférieurs du ventre. Etat menaçant empêche de voir le haut. Lavage. Drainage.

Mort le soir.

Autopsie. — Ulcère de la paroi antérieure de la première portion du duodénum. En arrière un ulcère guéri. Péritonite généralisée. Grosse collection au-dessous du foie.

XII. Marmaduke Sheild. — Jeune homme, vingt ans. Quelques vagues douleurs épigastriques et phénomènes de flatulence.

Début brusque au théâtre, le 30 novembre, par douleurs intenses et immédiatement signes graves de péritonite. Le soir vomissements, bientôt fécaloïdes.

1er décembre. Signes de péritonite généralisée avec maxima dans région cæcale.

Diagnostic. — Appendicite perforante.

Laparotomie. — Liquide purulent, gaz, distension intestinale ; on n'en trouve pas la cause. Lavage.

Mort vingt-quatre heures après.

Autopsie. — Ulcère profond de la première portion, paroi antérieure.

OBSERVATIONS XVII-XXI

(Réunies dans la thèse de Darras. Paris, 20 juillet 1897.)

I. Perry and Shaw. — Homme, vingt et un ans. Pas d'antécédents.

Début brusque par douleur bientôt suivie de collapsus et vomissements.

Laparotomie après dix-huit heures ; liquide acide brun noir sans odeur.

Mort quatre heures plus tard.

Autopsie. — Ulcère perforant dans la première portion, face antérieure ; un autre non perforant à la face postérieure.

II. Landerer et Gluckmann. — Homme, trente ans.

Antécédents. — Depuis dix ou quinze ans : douleurs épigastriques, vomissements, mélœna. Entre à l'hôpital le 13 août 1895 pour adénite prononcée et mélœna.

Diagnostic. — Ulcère d'estomac.

Début le 17 à 4 h. 1/2 du matin par douleur à droite sous les côtes. Signes de péritonite se montrent progressivement (cependant pouls peu rapide et nausées seulement sans vomissements).

Diagnostic. — Péritonite par perforation.

Laparotomie à 4 heures du soir.

Incision sus-ombilicale et incision perpendiculaire : liquide séro-purulent abondant surtout à la région pylorique. Estomac vidé ; examiné : rien. Duodénum affaissé, intact en avant ; derrière lui écoulement acide, couleur de café. Etat général étant

très bas, formation d'une poche isolée de la grande cavité par suture séro-séreuse de l'estomac, côlon transverse, duodénum et épiploon ; drainé à la gaze iodoformée. Injection de 300 centimètres cubes de sérum. Prolongation de l'incision jusqu'au pubis. Toilette du péritoine à la compresse. Drain et gaze iodoformée ; nouvelle injection de sérum.

Sortie le 9 novembre.

III. Dunn. — Homme d'âge moyen. Pas d'antécédents.

Début par douleur subite à l'épigastre avec nausées et lipothymie.

Signes de péritonite avec disparition de la matité hépatique.

Laparotomie le 2 août quelques heures après le début : insision sus-ombilicale ; gaz, liquide jaunâtre. Perforation de la première portion du duodénum face antérieure ; suturée. Lavage interrompu par une crise de dyspnée. Drainage.

Guérison apparente pendant dix jours, puis réapparition des douleurs et température.

Deuxième laparotomie le 27 août, latérale droite pour chercher du pus entre le foie et le diaphragme ; on n'y trouve que des adhérences. Par l'aiguille enfoncée à travers le huitième espace, on ramène du pus.

Six jours après celui-ci s'évacue au niveau de la suture.

Guérison.

IV. Lardennois et Leurey. — Homme de vingt-six ans. Pas d'antécédents.

Début brusques le 8 janvier à 10 heures du matin par douleur déchirante, vaguement localisée à gauche.

Signes généraux rapidement graves, pas de vomissement ;

signes de péritonite avec maximum dans la fosse iliaque gauche.

Diagnostic. — Appendicite. Opium et glace.

10 janvier. — Augmentation des signes généraux, dissociation de pouls et θ. Vomissements porracés.

Laparotomie. — Incision de la fosse iliaque droite : liquide fétide et trouble.

Malade très bas. Drainage par une mèche iodoformée.

Mort dans la nuit du 11 au 12.

Autopsie. — Ulcère de la première portion, face antérieure.

V. Banzet. — Homme, vingt-quatre ans. Pas d'antécédents, mais alcoolisme.

Début brusque par douleur violente, surtout à l'hypochondre gauche, bientôt vomissements.

Douleurs se généralisent et diminuent d'intensité. Sonorité persistante, ventre tendu, prostration. θ 36, 3. Pouls incomptable.

Diagnostic probable. — Occlusion intestinale.

Laparotomie le 19. Rien à l'appendice. L'ulcère à la face antérieure, puis au pylore, est découverte et suturé. Toilette du péritoine, drainage.

Mort deux jours après.

Autopsie. — Suture bonne, pas d'autres lésions.

OBSERVATION XXII-XXVII

Réunies dans le rapport de Schwartz à la Société de Chirurgie. (Paris, 5 janvier 1898.)

I. Souligoux. — Homme. Pas d'antécédents.

Début par douleur simulant coliques de plomb.

Signes de péritonite avec prédominance à droite.

Laparotomie. — Perforation de la première portion du duodénum. Suture. Mort.

II. Rochard. — Homme, quarante-six ans. Pas d'antécédents. Le 11 mars dans un effort douleur et craquements. Puis arrêts de gaz et matières. Douleur généralisée. Pas de vomissements. Ventre tympanique sans ballonnement. Pouls 110, Tempér. : 37,2.

Le 15, état général grave, mouvements choréiques.

Diagnostic. — Occlusion.

Huile de ricin ; pas de résultat.

Opération à 3 heures (au bout de cinq jours). Incision médiane sus et sous-ombilicale : section du droit à droite.

Péritonite généralisée, liquide suintant d'en haut. On trouve un ulcère près du pylore avec adhérences et bords cicatriciels ; diamètre de l'index. Suture séro-séreuse. Lavage. Mort deux heures après.

Autopsie. — Collection dans le bassin. Ulcère sur la première portion du duodénum.

III. Guinard. — Homme trente ans. Pas d'antécédents gastriques. Début 9 mars à déjeuner par douleur et syncope. Le soir généralisation et vomissements.

Le 10 état grave, facies, T. 36,8. Ballonnement épigastrique. Sonorité préhépatique. Arrêt des gaz et matières.

Diagnostic. — Perforation de l'ulcère stomacal.

Opération à 4 heures (au bout de vingt-heures). Incision médiane sus-ombilicale. Gaz, bile jaune, pus 1 litre et demi.

En suivant son jet, on arrive à perforation lenticulaire de la

seconde portion du duodénum. Surjet séro-séreux, application au pylore.

Tamponnement Mikulicz et drain.

Mort quatorze heures après.

Autopsie. — Perforation au-dessous et à droite de l'ampoule de Vater, bien suturée.

Autre ulcération non perforée au-dessous.

IV. Sieur. — Homme, vingt-trois ans. Passé alcoolique. Début brusque pendant une marche (soldat) par douleur qui se généralise, maximum à droite.

Dans la nuit vomissements bilieux. Arrêt des matières et gaz. Lavements gazeux sans résultats.

Au bout de vingt heures, entre en chirurgie avec signes péritonéaux : vomissements porracés, tympanisme, facies. T. 37,4. Pouls mauvais à 100 R. 30.

Diagnostic. — Péritonite.

Laparotomie sus-ombilicale au bout de quarante huit heures. Liquide louche. Exsudats pseudo-membraneux.

Sous le foie bulles de gaz, puis liquide verdâtre.

Perforation de la première portion du duodénum face postéro-supérieure.

Suture impossible vu l'amincissement de la paroi tout autour.

Isolement de la perforation par le péritoine pariétal en haut, épiploon en bas.

Drains dans l'estomac et le duodénum. Gaze. En bas de l'incision drain allant à la fosse iliaque droite.

Amélioration immédiate.

Mort trente-six heures après.

Autopsie. — Péritonite, néo-membranes sur foie, estomac, épiploon.

Perforation ovalaire, grand diam. 2 centimètres.

V. Loison. — Homme trente et un ans. Antécédents dyspeptiques.

Début brusque à 1 heure du matin après boisson glacée par douleur.

Huile de ricin sans effet.

Dans la matinée vomissements alimentaires.

Etat général rapidement très grave, douleurs intenses, froid des extrémités, sueurs. Pouls imperceptible compté 140 au cœur T. 36,4 R. 44. Ventre contracté. Sonorité préhépatique et matité dans les flancs. Anurie.

Diagnostic. — Péritonite suraiguë par appendicite perforante. Etat trop grave pour opérer.

Mort dans la nuit vingt-huit heures après le début.

Autopsie. — Liquide séropurulent et fécaloïde avec huile. Perforation de la première portion de 5 millimètres.

VI. Festal. — Homme cinquante-six ans. Antécédents nets. Hémathémèse. Mélœna. Douleur subite.

Signes de perforation avec péirtonite.

Diagnostic. — Appendicite perforante.

Laparotomie au bout de trois jours. Incision de la fosse iliaque droite, 1 litre et demi pus et liquide.

Mort quelques heures après.

Autopsie. — Découverte de l'ulcère.

OBSERVATION XXVIII

GRIVOT ET AGUINET. *Soc. Anat.*, NOV. 1900.

Homme, trente et un ans. Pas d'antécédents.

Début le samedi 13 octobre par vomissements qui deviennent surtout abondants dans la nuit du 14 au 15.

Le samedi 16 à 5 h. 1/2 douleur atroce à l'hypochondre droit ; arrêt des matières et gaz.

Purgation qui ne fait qu'augmenter les vomissements.

18 octobre, entrée à l'hôpital : les vomissements sont verdâtres. Ventre ballonné ; douleur exquise à la pression et matité à l'hypochondre droit entre l'ombilic et les fausses côtes. T. 37. P. 120, petit. Facies péritonéal.

Diagnostic, — Perforation probablement appendiculaire.

Laparotomie latérale ; liquide louche ; l'appendice paraît sain ; anses couvertes de fausses membranes surtout vers le petit bassin plein de liquide séro-purulent. Ablation de l'appendice. Toilette du péritoine. Drainage.

Disparition des douleurs, mais pas d'amélioration de l'état général.

Mort le 27, à 7 h. 1/2.

Autopsie. — Péritonite généralisée ; liquide brunâtre coule de la région duodénale ; ulcère de la première portion, face antérieure cicatrisée mais avec une brèche de la muqueuse et de la musculaire, la séreuse restée seule a dû éclater dans un effort de vomissement.

OBSERVATIONS XXIX A XLII

(Réunies dans la Revue de Moynihan : *The Lancet*, 14 décembre 1901).

I. Moynihan. — Homme, quarante-quatre ans.

Antécédents. — Depuis dix-huit mois, douleurs deux, trois, quatre heures après les repas, nettement influencées par eux, partant de l'hypochondre droit. Vomissements irréguliers comme apparition, parfois avec du sang ; pas de mélœna.

Diagnostic. — Ulcère du duodénum ; gastro-entérostomie décidée.

Début le 25 mai par aggravation et généralisation de la douleur, défense musculaire, contracture de la paroi, état général alarmant.

Pouls : 128. Respiration : 38.

Laparatomie. — Ulcère du haut de la deuxième portion ; début de péritonite tout autour ; les points tiennent mal ; on est obligé de prendre toute la paroi ; l'intestin, la suture faite, semble diminué de plus de moitié de son diamètre. Donc gastro-entérostomie au bouton de Murphy. Lavage et toilette du péritoine. Drainage et gaze au contact de l'ulcère.

Mort le 26 sans sortir du collapsus.

II. Moynian. — Homme, vingt-cinq ans.

Antécédents. — Douleurs après le repas ou trois ou quatre heures après. Vomissements après le repas.

Début brusque le 18 juin à 5 heures par douleur atroce dans un effort.

Affaissement extrême. Contracture abdominale absolue empêchant l'examen. Matité hépatique conservée. Efforts et vomissements. Pouls : 128. Etat général très grave.

Diagnostic probable : perforation d'ulcère d'estomac.

Laparotomie à 9 h. 50 après 3 heures, 50 minutes. Gaz inodore. Un peu de liquide jaunâtre. Rien à l'estomac. Perforation de la première portion du duodénum, face antér., d'où s'écoule un liquide jaunâtre, bilieux. Simple suture verticale de haut en bas et en remontant de bas en haut. Les points tiennent dans la perfection. Anses rouges. Liquide jaune autour du rein droit, dans la fosse iliaque droite et le bassin. Les intestins et le péritoine donnent la sensation d'être huileux.

Drainage pelvien. Pendant et après l'opération, strychnine. Sérum artificiel. Suppression du drain à la 36e heure.

Guérison.

III. Taylor. — Femme, dix-sept ans. Symptômes d'appendicite.

Laparotomie à la douzième heure, d'abord latérale. Perforation de la troisième portion du duodénum, paroi antérieure. Suture en bourse recouverte d'une suture péritonéale. Drainage.

Suppuration du trajet du drain.

Guérison.

IV. Erdmann. — Homme, trente ans. Symptômes d'appendicite.

Laparotomie à la trente-sixième heure. Perforation de la première portion.

Mort en 19 heures.

V. Erdmann. — Début brusque suivi d'accidents de péritonite putride.

Laparotomie à la vingtième heure. Perforation de la première portion.

Mort en 29 heures.

VI. Brooks. — Homme, 29 ans.

Antécédents : alcoolique. Troubles gastriques depuis 3 ans.

Début par douleur et vomissements.

Diagnostic. — Appendicite.

Laparotomie après deux jours. Appendicectomie. Nettoyage de la fosse iliaque pleine de pus.

Mort en trente heures.

Autopsie. — Perforation de la première portion du duodénum.

VII. Weir. — Homme, trente ans.

Antécédents gastriques.

Début brusque par douleur, vomissements, prostration.

Laparatomie après quatre jours. Perforation de la première portion. Suture.

Mort en quelques heures.

VIII. Johnson. — Homme, vingt-sept ans. Alcoolique.

Laparotomie à la dixième heure. Liquide bilieux. Perforation de la deuxième portion, face antérieure. Suture.

Guérison.

IX. Elliot. — Homme. Age, antécédents ?

Laparotomie. — Ulcère de la face postérieure du duodénum suturé avec difficulté.

Mort d'hémorrhagie.

X. Alliot. — Homme. Age, antécédents ?

Laparotomie en cinq jours. Péritonite généralisée. Suture

Mort trois jours après.

XI. — Perkins and Wallace. — Homme, cinquante-deux ans.

Antécédents immédiats : douleur épigastrique depuis trois jours.

Début par aggravation subite.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère stomacal.

Laparotomie à la dixième heure. Perforation à la jonction des première et deuxième portions. Suture. Drainage.

Guérison.

VII. Bolton, — Homme, vingt ans.

Antécédents douloureux depuis sept mois.

Début par douleur à droite.

Diagnostic. — Appendicite.

Laparotomie à la vingtième heure, latérale ; gaz et liquide sans odeur.

Mort 24 heures après.

Autopsie. — Perforation tout contre le pylore.

XIII. Bolton. — Homme, quarante-cinq ans.

Antécédents : alcoolisme, attaque douloureuse quatre ans auparavant.

Diagnostic. — Appendicite.

Laparotomie après vingt-deux heures, latérale. Collection. Drainage.

Mort six jours après.

Autopsie. — Perforation tout contre le pylore.

XIX. Christy Wilson.

Antécédents dyspeptiques depuis plusieurs années.

Début par douleur.

Laparotomie après vingt-huit heures. Liquide bilieux. Péritonite généralisée.

Perforation près du pylore. Suture à deux plans.

OBSERVATION XLIII

(Dambrin et Papin, *Soc. anat.*, 5 juin 1903.)

Homme, quarante-huit ans.

Antécédents. — Douleurs surtout à l'hypochondre droite, vomissements alimentaires et bilieux ; pas d'hémorragie

Début brusque le 29 mai par douleur à maximum épigastrique et arrêt des matières et gaz.

31 mai. — Facies grippé, respiration anxieuse ; ventre contracturé, sans ballonnement ; palpation douloureuse surtout à l'épigastre. Vomissements bilieux. Langue sèche. Pouls 150, T. 39.

Diagnostic. — Péritonite par perforation des voies biliaires ou de l'estomac ou du duodénum.

Laparotomie à 3 heures (plus de quarante-huit heures après le début) sus et sous-ombilicale, liquide vert bilieux et gaz. Toilette. Rien au foie ni à la vésicule. Liquide sourd de la région pylorique ; des caillots de lait y flottent ; on ne peut néanmoins arriver à trouver le siège de la perforation. Gros drains à la face inférieure du foie où s'étale une grande nappe purulente. Pas de lavage du péritoine. Suture de la paroi en un plan.

Mort à 8 heures du soir.

Autopsie. — Péritonite généralisée ; pus au-dessus et au-dessous du foie ; celui-ci bien relevé et la région détergée, on

trouve la perforation sur la première portion ; elle n'adhérait pas aux organes voisins.

OBSERVATION XLIV

(R. Lemaitre. — Soc. anat., 3 juillet 1903.)

Homme, quarante-huit ans.

Antécédents dyspeptiques depuis dix ans.

Début le 16 juin à 8 heures du soir par coup de poignard épigastrique ; vomit son dîner ; vient à pied à l'hôpital.

Ventre de bois, absolument contracturé, douleur accrue au contact, généralisée, à maximum épigastrique. Pouls 100 bon. T. 37,5.

Laparotomie sus-ombilicale à 10 heures au bout de deux heures) un peu de sérosité purulente, estomac gros, rouge, dilaté ; issue bruyante des gaz d'une petite perforation de la première portion du duodénum face antérieure.

Suture séro-séreuse à un plan : trois drains.

Pendant deux jours amélioration.

Le 3, dyspnée, albuminurie.

Mort l'après-midi à 7 heures, en dyspnée progressive.

Autopsie. — Suture étanche, pas de péritonite.

Poumon gauche violacé, droit noir enfonçant dans l'eau. Cœur non dilaté. Reins petits, bosselés.

OBSERVATIONS XLV ET XLVI

Clogg. — Perforated duodenal ulcer. — *British medical journal*, 21 janvier 1905.

I. — Homme, âge moyen. Aucun antécédent.

Début brusque par douleur et lipothymies.

A l'arrivée à l'hôpital le malade est un peu remis de son shock initial. Pouls 80. T. 97 Fahrenheit. Vomissements rebelles, bilieux. Violentes douleurs abdominales avec maximum dans la région sus-ombilicale. Ascension thermique au bout de trois heures à 106. Pouls 104.

Le lendemain augmentation du pouls. Ventre tendu : sonorité tympanique.

Laparotomie au bout de vingt-huit heures, sus-ombilicale. Ecoulement d'un liquide trouble, mais les anses ne présentent pas les caractères de la péritonite.

Le duodénum dans sa première portion, tout près du pylore, est considérablement épaissi et adhérent au foie ; en les séparant, on trouve au centre de la paroi épaisse et dure l'ulcère perforé. Nettoyage du péritoine. Suture de l'ulcère. Durée de l'opération, trente-cinq minutes.

Le lendemain matin T. 105. R. 36. Persistance d'un état alarmant et d'une hyperthermie progressivement descendante pendant quelques jours.

Pas de complications pulmonaires, malgré quelques menaces.

Quelques jours après, abcès de la paroi par infection des sutures.

Guérison : Santé parfaite depuis sept mois.

II. Homme, trente-sept ans. Pas d'antécédents sauf attaque d'appendicite deux ans avant.

Début progressif par crises de douleurs abdominales survenant depuis quelques jours deux heures après les repas. Enfin une nuit, six heures après le repas, crise extrêmement violente, dans tout le côté droit de l'abdomen.

Trente heures après cette attaque, apparition de phénomènes généraux graves. T. 120 Fahrenheit. Pouls 120. Pas de vomissements. L'examen de l'abdomen est négatif.

Diagnostic. — Appendicite.

Laparotomie à la trente et unième heure, latérale dans la fosse iliaque droite.

Liquide trouble, mais inodore. Découverte de la perforation duodénale près du pylore. Suture à la Lambert. Les bords étant en très mauvais état, la suture les déchire ; aussi recouvre-t-on le tout avec de l'épiploon qu'on amène au-devant des points de suture. Toilette du péritoine (moitié droite de la cavité abdominale où se trouvent les signes de péritonite. Durée de l'opération : quarante minutes.

Guérison en une dizaine de jours.

OBSERVATION XLVII

(Challier. — *Gaz. des Hôp.*, juin 1905.)

Homme, vingt-huit ans. Antécédents gastriques depuis deux ans, mais imputables à son alcoolisme. Cependant depuis deux mois caractères plus précis de la douleur.

13 février. — Après goûter douleur épouvantable, syncopale.

14 février. — Douleur persiste, cède peu à peu à la morphine T. 38,3. Pouls bon à 120.

Abdomen tendu, ballonné, tympanique, persistance de la matité hépatique. Arrêt des matières et des gaz. Pas d'autres signes.

15 février. — *Diagnostic.* — Perforation d'ulcère stomacal parapylorique.

Laparotomie sus-ombilicale. Côlon distendu, sans péritonite. Prolongement de l'incision en bas. Anses en pleine péritonite. Dans la fosse iliaque collection de pus. Deux gros drains près du cæcum et dans le bassin. Méches.

Le soir pouls 108, T. diminue.

16 février. — Vomissement bilieux puis fécaloïde. Etat général grave. Pouls 120.

17-18 février. — Aggravation progressive. Arrive à pouls 130. T. 39.

19 février. — Mort.

Autopsie. — Distension et vascularisation énormes. Collection purulente au-dessous du foie et séro-purulente dans l'arrière-cavité.

Perforation du duodénum, première portion, face antérieure ovalaire 18 millimètres sur 9.

OBSERVATION XLVIII

(Alglave. — Soc. anat., 22 décembre 1905.)

Homme, cinquante-cinq ans. Pas d'antécédents lointains ; mais depuis trois semaines, douleurs dans le ventre et l'estomac, mauvaises digestions.

Début brusque dans la nuit du 8 au 9 novembre par douleur atroce soudaine, se localisant quelques heures après dans le bas-ventre.

A 5 heures vomissements alimentaires, plus tard bilieux, abondants.

A 6 h. 1/2, transporté à l'hôpital : facies péritonéal, douleur violente, dyspnée et respiration superficielle, sueurs froides, pouls petit, T. 37,2. Arrêt des matières et gaz. Ballonnement e

météorisme au milieu du ventre, légère matité dans le flanc droit.

Défense, ventre de bois, maximum dans la fosse iliaque droite. Sonorité préhépatique.

Diagnostic. — Perforation intestinale ; siège ??

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; gaz, pus. On vide le liquide. Cæcum et appendice sains, fin de l'iléon épaissie, rouge, avec fausses membranes, plus haut sain ; S iliaque sain ; pus dans le Douglas. Le malade faiblissant, drain dans le Douglas et fermeture.

Sérum et stimulants.

Le lendemain amélioration sensible ; de même pendant trois jours, puis aggravation.

Mort le sixième jour dans la nuit.

Autopsie. — Collection sous-diaphragmatique (3/4 de litre). Des fausses membranes sont enlevées, perforation miliaire de la face antérieure du duodénum.

OBSERVATION XLIX

(Due à l'obligeance de notre excellent camarade André Martin)

Homme, quarante-sept ans. Antécédents : depuis deux jours se plaint de malaises, douleurs dans la moitié droite de l'abdomen, il n'y fait d'ailleurs pas attention ayant été soigné deux ans auparavant par M. Témoin pour appendicite, pense à une nouvelle crise.

Les douleurs augmentent dans la nuit du 1er au 2 février ; consultation de médecins, glace, chloral.

2 février. — A 8 heures du soir, nouvelle aggravation des symptômes, le malade entre à l'hôpital.

Examen par MM. Descomps et Martin : facies péritonéal, ballonnement du ventre accentué, hyperesthésie des téguments abdominaux ; à la percussion, légère submatité au-dessus des arcades crurales. Pouls 120, T. 36°,8. Extrémités froides. L'examen de la région appendiculaire ne révèle rien.

En interrogeant le malade on ne trouve aucun signe d'ulcère stomacal.

Diagnostic possible d'après la brusquerie des accidents : ulcère du duodénum perforé. Le malade étant très faible, sérum physiologique.

Laparotomie d'urgence par M. Martin aidé de M. Descomps, sous-ombilicale, paramédiane : liquide louche, vaguement sanguinolent, fétide, mélangé à des gaz. On l'étanche avec des compresses ; examen des anses grêles : rouges couvertes d'exsudats. Appendice sain, on aggrandit l'incision et on examine la région susccolique : estomac applati, très vascularisé, par une boutonnière dans le pli gastrocolique on constate son intégrité. Alors un suintement purulent et sanguinolent apparaît près du bord supérieur du pylore : on soulève le bord antérieur du foie et on trouve la perforation sur la première portion du duodénum (union des faces postérieure et supérieure, diam. 3 mm.) Suture relativement facile, on place un drain et une mèche de gaze à son contact.

Mort le 3 février au matin.

Autopsie. — Lésion de péritonite suraiguë, taches ecchymotiques sur la muqueuse gastrique et intestinale.

OBSERVATION L et LI

(Dieulafoy. — *Clinique de 1905.*)

Ulcère perforant du duodénum consécutif à l'appendicite

I. — Homme, soixante ans, entre le 16 janvier 1905 à midi, apyrétique, très maigre, très affaibli.

Antécédents douloureux vagues.

Matité de la fosse iliaque droite; sensibilité de l'hypochondre droit

Pas de vomissements ; constipation opiniâtre.

Diagnostic probable. — Cirrhose du foie ou péritonite chronique.

Mort dans la nuit en allant aux cabinets.

Interrogation de la femme : son mari a eu des crises très douloureuses dans le ventre, surtout une extrêmement violente qui a décidé son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Abcès rétro-cæcal circonscrit par des adhérences anciennes et dans lequel se trouve l'appendice coudé à angle aigu. Foie cirrhotique. Piqueté hémorragique de la muqueuse stomacale. Ulcère perforant à parois souples de la première portion du duodénum, paroi postérieure ; la perforation est directement appliquée contre la paroi postérieure de l'abdomen qui fait tampon.

II. — Lediard et Sedgwick. — Homme, cinquante-six ans.

Début progressif par crises douloureuses de la région iliaque droite :

Première en janvier 1904.

Seconde en février.

Troisième en avril.

Diagnostic. — Appendicite.

Laparotomie le 8 mai : appendice volumineux, couvert d'exsudats anciens ; appendicectomie.

12 mai. — Selles couleur de goudron, contenant du sang.

14 mai. — Pus fétide par la plaie abdominale.

Les jours suivants de nouveaux mélœnas de plus en plus abondants, provoquent l'anémie, alternatives de mieux et d'aggravation.

Mort le deuxième jour.

Autopsie. — Pas de péritonite. Ulcère perforant de la deuxième portion du duodénum s'appliquant sur le pancréas formant tampon ; le tissu de la glande est lui-même atteint, deux artérioles, branches secondaires de la pancréatico-duodénale inférieure, sont béantes.

OBSERVATION LII à LXV

(S. Maynard Smith. *Lancet*, 31 mars 1906.)

Perforated Ulcer of the Duodenum with report of 14 cases

I. — Homme, soixante-cinq ans.

Antécédents vagues : douleurs, vomissements sans rapports nets avec les repas.

Début au lit par vomissements immédiatement suivis de douleur à droite de l'ombilic.

Etat. — Douleur maximum au même point. Pouls 50. R. 40 T. 96, 5 Fahrenheit.

Ventre dur, rétracté. Matité hépatique légèrement diminuée.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère duodénal.

Pas d'opération : état général trop mauvais.

II. — Homme, trente-cinq ans. Pas d'antécédents.

Début pendant le travail par douleur subite suivie d'un vomissement sanglant ; maximum à l'épigastre à droite de la ligne médiane.

Etat. — Douleur généralisée. Pouls 140. T. 102 Fahrenheit. Affaissement.

Ventre ballonné, rigide, surtout à droite au niveau du droit.

Diagnostic. — Obstruction intestinale.

Laparotomie au bout de trente-neuf heures. On ne trouve pas l'ulcère. Lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis et à l'épigastre.

Mort. Les lésions de péritonite généralisée étaient très marquées.

III. — Femme, vingt ans.

Antécédents. — Depuis trois mois vomissements, trois heures après le repas. Douleur à l'hypochondre droit.

Début pendant le dîner par douleur et vomissements : maximum à l'hypochondre droit.

Etat. — Généralisation de la douleur. Pouls 126. T. 100 Fahrenheit. Peu de shock. Extrême contracture des muscles de l'abdomen.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère de l'estomac.

Laparotomie au bout de huit heures. Excision de l'ulcère et suture. Lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis et à l'épigastre.

Guérison.

Suites opératoires. — Premier abcès dans la région lombaire droite, ouvert treize jours après.

Deuxième abcès ouvert près du cœur, vingt-deux jours après.

IV. — Homme, trente-huit ans.

Antécédents. — Constipation, douleur après le repas

Début pendant le travail par douleur subite à l'hypochondre droit.

Etat. — Pouls 144. R. 40, T. 99 Fahrenheit. Très affaissé ; ventre dur et ballonné. Sonorité préhépatique.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère duodénal.

Laparotomie au bout de vingt-quatre heures. Suture et greffe épiploïque. Drainage au-dessus du pubis et à l'épigastre.

Mort.

V. — Homme, quarante-quatre ans.

Antécédents. — Depuis plusieurs années, douleur épigastrique deux heures et demie après le repas. Vomissements. Hématémèses. Constipation.

Début pendant le travail par douleur subite suivie d'un vomissement sanglant, maximum à l'hypochondre droit.

Etat. — Douleur dans tout le côté droit, surtout au niveau de l'appendice. Pouls 68, T. 97 Fahrenheit. Pâleur, dyspnée, pas trop d'affaiblissement. Abdomen pas ballonné, souple et peu sensible. Conservation de la matité hépatique.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère duodénal.

Laparotomie au bout de dix heures. Excision de l'ulcère et suture. Lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis et dans la région lombaire droite.

Guérison.

VI. — Homme, trente-deux ans.

Antécédents. — Attaques douloureuses dans l'hypochondre droit deux heures après le repas depuis trois mois.

Début pendant le travail par douleur subite et vomissements, maximum à l'hypochondre droit.

Etat. — Pouls 100. R. 28, T. 101 : 6 Fahrenheit. Etat très grave. Contracture abdominale intense surtout du côté droit. Matité hépatique conservée.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère duodénal.

Laparotomie au bout de neuf heures. Suture. Lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis et dans la région lombaire droite.

Guérison.

Suites opératoires. — Ictère intense, trois jours après l'opération.

VII. — Homme, vingt-huit ans.

Antécédents dyspeptiques vagues depuis quelques mois.

Début par douleur épigastrique subite.

Etat. — Généralisation de la douleur. Pouls incomptable, T. 97 Fahrenheit. Très grand affaiblissement, ventre ballonné, avec contracture intense et générale. Sonorité préhépatique.

Diagnostic probable. — Perforation d'ulcère duodénal.

Laparotomie au bout de douze heures. Suture. Pas de lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis, à l'épigastre et dans la région lombaire droite.

Mort.

VIII. — Homme, vingt-six ans. Pas d'antécédents.

Début en soulevant un lourd fardeau par douleur épigastrique et vomissements.

Etat. — La douleur est légère. Pouls 125. R. 35. T. 99 Fah-

renheit. Affaissement, un peu de ballonnement. Sensibilité épigastrique. Sonorité préhépatique.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère.

Laparotomie au bout de vingt-quatre heures. Suture. Pas de lavage du péritoine. Drainage épigastrique.

Mort.

Autopsie. — Deux autres ulcères non perforés. Pus entre le foie et le diaphragme, et tout autour du rein droit.

IX. — Homme, trente et un an.

Antécédents. — Mauvaises digestions depuis plusieurs années ; douleur une demi-heure après le repas.

Début par douleur atroce après l'ingestion d'une tasse de thé, à l'épigastre et entre les épaules.

Etat. — Douleur dans tout le côté droit de l'abdomen Pouls 106. R. 24. T. 100 Fahrenheit. Très grand affaissement ; un peu de ballonnement ; contracture extrême du grand droit à droite. Matité hépatique diminuée.

Diagnostic. — Perforation d'ulcère.

Laparotomie au bout de trois heures et demie. Suture et greffe épiploïque. Lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis et à l'épigastre.

Guérison.

X. — Homme, quarante-huit ans. Pas d'antécédents.

Début pendant le travail par douleur subite et vomissements, maximum dans la partie inférieure de l'abdomen.

Etat. — Généralisation de la douleur. Pouls faible et rapide. T. 97 Fahrenheit.

Collapsus. Ventre ballonné et contracturé. Vomissements fécaloïdes.

Diagnostic cinq jours après l'opération : Obstruction intestinale.

Mort pendant qu'on prépare l'opération.

Autopsie. — Abcès de la fosse iliaque droite jusqu'au-dessous du foie et descendant en dehors du cæcum, s'étant rompu dans la grande cavité.

XI. — Femme, soixante ans.

Antécédents vagues de dyspepsie chronique.

Début en soulevant un lourd fardeau par douleur subite dans la région inguinale droite.

Etat. — Généralisation de la douleur. Pouls 124. R. 44. T. 96,5 Fahrenheit. Abdomen un peu distendu, contracté.

Matité hépatique diminuée.

Diagnostic. — Appendicite.

Laparotomie au bout de dix-huit heures. Suture. Pas de lavage péritonéal.

Drainage dans la région de l'appendice, de l'épigastre et lombaire droite.

Mort.

XII. — Homme, soixante-huit ans.

Antécédents. — Douleurs épigastriques de temps en temps depuis trente ans.

Début à la fin du travail par douleur subite très violente à l'épigastre.

Etat. — Douleur à maximum dans la région épigastrique à gauche. Pouls 136. R. 40. T. 97 Fahrenheit.

Ventre distendu, sensibilité et contracture de la région pylorique.

Diagnostic plusieurs jours après le début. — Appendicite perforante avec accidents trop graves pour opérer.

Mort le septième jour.

Autopsie. — Abcès tout autour du rein droit montant derrière le mésocôlon transverse et jusque sous le diaphragme.

XIII. — Homme, vingt-six ans. Pas d'antécédents.

Début en marchant par douleur subite à l'hypochondre droit.

Etat. — Généralisation de la douleur. Pouls 140. T. 98 Fahrenheit. Douleur très violente et sensibilité de tout l'abdomen. Contracture et ballonnement. Vomissements persistants.

Diagnostic. — Appendicité.

Laparotomie au bout de cinq jours. Appendice sain. L'état très grave ne permet pas de prolonger les recherches et l'on ne trouve pas l'ulcère. Pas de lavage du péritoine. Drainage épigastrique et iliaque.

Mort en rentrant en salle.

XIV. — Homme, trente-sept ans. Pas d'antécédents.

Début en marchant par douleur subite à l'hypochondre gauche.

Etat. — Douleur généralisée à tout l'abdomen, maximum au niveau de l'appendice. Pouls 100. R. 52, T. 100 : 2 Fahrenheit. Collapsus. Contracture. Sensibilité. Rigidité surtout marquée au niveau de l'appendice. Léger ballonnement. Matité hépatique conservée.

Diagnostic. — Appendicite ou ulcère perforant du duodénum.

Laparotomie au bout de soixante-douze heures. Péritonite diffuse. Collections purulentes autour du rein droit, autour du cæcum et dans le petit bassin. Lavage du péritoine. Suture

de la perforation et greffe épigastrique. Drainage épigastrique, iliaque et lombaire.

Guérison.

Plus tard abcès sous-phrénique fusant dans la plèvre et nouveaux accidents de péritonite.

Deuxième laparotomie. Lavage. Drainage.

Guérison.

OBSERVATION LXVI

(Austin. — Perforated ulcer of the duodenum *New-York medical Journal,* 1906.)

Homme, trente-trois ans. Antécédents ??

Début le 25 juillet 1905 par douleur subite, intense.

Une demi-heure après, transporté à l'hôpital : shock. Pouls très faible, T. 96 Fahrenheit. On tâche de relever l'état général par alcool et injection hypodermique.

Les douleurs irradient dans le dos, des deux côtés, surtout à droite. Grande sensibilité de tout l'abdomen. Contracture intense. Pas de douleurs aux points appendiculaire ni vésiculaire.

Morphine, strychnine et expectation.

Le lendemain, aggravation de l'état général ; mort subite.

Diagnostic rétrospectif. — Perforation d'un ulcère duodénal.

Pas d'autopsie confirmative.

OBSERVATION LXVII

(E. Martin. — Perforation of duodenal ulcer.

Journ. americ. medical associat., 5 mai 1906.)

Homme, trente-neuf ans.

Antécédents. — Souffre depuis neuf ans d'hyperacidité gastrique. Opéré il y a cinq ans d'appendicite, depuis cinq jours souffre davantage de son hyperchlorhydrie.

Pendant la journée, il a des vomissements très acides avec beaucoup de mucosités.

Début par crise douloureuse plus intense.

A l'hôpital, quarante-cinq minutes après. Administration d'Hunyadi Janos qui semble provoquer un soulagement.

Les douleurs abdominales sont intenses avec maximum épigastrique, siègent dans tout le côté droit, T. 97 Fahrenheit. Pouls 72. R. 24. Pâleur. Contracture abdominale sans mouvements péristaltiques. A la pression point douloureux, maximum à la jonction de la ligne mamelonnaire et du rebord costal.

Malgré un traitement général destiné à calmer le malade (atropine 1/150 de gr.)(morphine 1/4), les signes péritonitiques s'accentuent : T. 99 Fahrenheit. Pouls 108.

Laparotomie après cinq heures trois quarts, médiane susombilicale. L'ulcère est dans les plis postérieurs de la première portion, juste au-dessus du pylore ; perforation comme une tête d'épingle. Opération longue à cause du traitement des lésions de péritonite déjà étendues.

Guérison.

OBSERVATIONS LXVII et LXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Guibé,)

I. — Homme, trente-quatre ans.

Antécédents vagues, souffre depuis quelque temps de l'estomac, serait alcoolique.

Début à midi le 17 décembre 1904 par douleurs très vives autour de l'ombilic irradiant rapidement dans tout l'abdomen. Arrêt des matières et gaz, le malade prend un peu de lait, mais le vomit bientôt.

Trois vomissements très abondants dans la journée ; entre d'urgence à l'hôpital à 9 heures du soir. M. Guibé chirurgien de garde le voit à 10 heures.

Examen. — Homme vigoureux, facies péritonéal, le nez pincé et froid. Douleurs violentes dans tout l'abdomen sans maximum net spontanément ni à la pression. Ventre tendu, mais non de bois, applati dans la région épigastrique, voussuré et bombant au-dessous de l'ombilic. Palpation très douloureuse ne donne aucun renseignement. Percussion : matité étendue dans les flancs, absence de la matité hépatique remplacée par du tympanisme, arrêt des matières et gaz, par le sondage petite quantité d'urine. Sueurs froides généralisées. Pouls 80 petit et tendu, T. 37. Respiration superficielle.

Laparotomie médiane sous-ombilicale (malade difficile à endormir, pas de résolution musculaire malgré des doses considérables de chloroforme) grande quantité de liquide jaunâtre, puriforme, avec détritus blanchâtres, anses un peu ballonnées et rouges, cependant péritonite peu avancée, épiploon rigide, turgescent.

Abdomen vidé : cæcum et appendice sains, appendicectomie. Incision agrandie en haut ; examen de l'estomac : rien ; puis de la première portion du duodénum : petit orifice, comme taillé à l'emporte-pièce par où sort de temps en temps du pus ou du liquide. Avec peine, vues la profondeur et les mauvaises conditions dans lesquelles on opère, on place neuf points de Lambert et par-dessus suture de quelques franges épiploïques. Intestin rentré. Abstersion rapide du péritoine à la compresse. Quatre drains : un en haut avec deux mèches, un en bas dans le Douglas et un dans chaque fosse iliaque. Fermeture en un plan.

18 décembre. — *Suites opératoires.* — Sérum, caféine, huile camphrée. T. 36, 8, pouls 120 presque incomptable, anurie. Pansement traversé. Agitation.

Mort le 19 à 4 heures après midi.

II. — Homme, soixante-quatre ans. Pas d'antécédents.

Début brusque, le 10 avril 1907, par douleurs à maximum iliaque droit, rapidement diffusées à tout l'abdomen, pas de vomissements, arrêt des matières et gaz, anurie presque complète.

Entré à l'hôpital le 12. Abdomen légèrement ballonné, douloureux, partout, surtout dans la partie inférieure ; matité hépatique presque disparue, grosse matité dans les flancs, pas de tuméfaction. Cyanose. Respiration superficielle et rapide, pouls petit, à peine perceptible, 114, légère hypothermie 36,6 ; rien au toucher rectal, grosse hernie inguinale droite parfaitement réductible.

Laparotomie médiane : liquide jaunâtre, un peu filant, inodore ; anses d'aspect normal. On éponge le liquide qui semble venir d'en haut ; incision agrandie en haut, le liquide afflue

en masse on l'évacue partiellement ; on palpe rapidement le foie et la vésicule et sans perdre de temps on pratique deux contre-incisions dans les flancs par où l'on passe deux gros drains, deux autres gros drains à l'épigastre et à l'hypogastre. Fermeture en un plan, syncope chloroformique, massage du cœur à travers le diaphragme, mais le malade ne se ranime pas, pas de respiration, aucune contraction, ni même trémulation du cœur.

Autopsie. — Péritonite fibrino-purulente, perforation de la première portion du duodénum sur un point de son pourtour, adénome brunnerien (Herrenschmidt). Petit ganglion parapylorique inflammatoire.

OBSERVATIONS LXIX et LXX

(John Clay. — Five cases of ruptured duodenal ulcer *The British medical Journal*, 1906.)

I. — Homme, âge moyen.

Antécédents. — Douleurs aiguës à l'épigastre, d'ordinaire une heure ou deux après le repas ; ballonnement du ventre ; palpitations.

Début 8 octobre, par douleurs plus aiguës que de coutume.

Le lendemain apparition des vomissements ; administration de morphine.

Laparotomie le 9 : incision sus-ombilicale. Gaz abondants.

Découverte d'un ulcère à 0 m. 025 du pylore. Suture au catgut très fin.

Lavage de la cavité péritonéale au sérum physiologique chaud.

Nettoyage des fosses iliaques et drainage aux tubes de caoutchouc.

Incision refermée dans toute la région épigastrique.

Ablation des drains douze heures après.

Guérison.

II. — Homme, âge moyen.

Antécédents. — Douleurs aiguës dans la partie inférieure de l'abdomen, s'irradiant parfois dans le testicule droit. Constipation ; pas de vomissements. Un pharmacien consulté conseille au malade de prendre une consultation pour affection rénale.

Début le 26 janvier, par aggravation de la douleur et apparition des signes généraux, faiblesse extrême. Pouls irrégulier et faible à 135. T. 99 Fahrenheit. Abdomen tendu, contracté, tympanique, mais avec conservation de la matité hépatique. Urines albumineuses, mais sans pus ni sang.

Laparotomie le jour même. Incision sus-ombilicale. Liquide vert fétide en abondance. Ulcère duodénal. Suture au catgut fin. Lavage de la cavité péritonéale au sérum physiologique chaud.

Nettoyage et drainage des fosses iliaques comme dans l'observation précédente.

Pas d'amélioration consécutive ; aggravation progressive.

Mort le lendemain.

Autopsie. — Deux ulcères placés côte à côte sur le duodénum, celui opéré, et un non perforé.

OBSERVATION LXXI

(Blecher.— Ueber die perforation des Magens und Zwœllfingerdarmgeschwürs. *Deutsche militærartzliche Zeitschrift.* Berlin, 1906.)

Ouvrier, vingt-quatre ans. Pas d'antécédents.

Début brusque pendant la période d'exercices dans la territoriale par douleurs vagues avec arrêt des matières. Dernières selles 1er juin 1902.

Le 3 apparaissent les vomissements qui sont fétides et des douleurs vives au-dessous de l'ombilic. Cependant la T. est normale, la langue humide ; il y a bien une voussure sous-ombilicale, mais elle continue à être plus sonore que le reste de l'abdomen.

Diagnostic. — Appendicite, mais opération ajournée.

Laparotomie sous-ombilicale le 5 juin dans l'après-midi. Liquide trouble sans odeur spécialement fétide : après son évacuation on trouve les anses grêles congestionnées et couvertes d'exsudats. Ablation de l'appendice qui présente un état analogue. On voit descendre d'en-dessous du foie le long du côlon un liquide bilieux. Prolongation sus-ombilicale de l'incision. On découvre au milieu d'adhérences une perforaton de la première portion du duodénum, face supérieure, de 5 milimètres de large sur 1 centimètre de long. Suture à deux étages. Toilette du péritoine avec des compresses trempées de sérum. Le soir et le lendemain injections réitérées de sérum.

7 juin. — Réapparition des gaz par l'anus ; le 10 première selle.

OBSERVATION LXXII et LXXIII

(Caird. — 25 consecutive cases of operation for perforated gastric and duodenal ulcers *Scot. medical and surg. Journal Edimburg*, 1906.)

I. — Femme, vingt-sept ans.

Antécédents vagues : Douleurs après les repas depuis quelques années ; obligée de garder le lit l'année précédente.

Début brusque, le 24 décembre 1905, par douleur vive dans out le côté droit de l'abdomen. Vomissements toute la nuit.

25 décembre. — Le matin amélioration ; mais bientôt reprènnent douleurs et vomissements : arrêt des matières et des gaz.

L'après-midi, pouls 118. Température 99 Fahrenheit. Respiration 26 superficielle, thoracique.

Abdomen tendu, douloureux, surtout autour de l'ombilic et dans la fosse iliaque droite.

Matité hépatique conservée. Toucher rectal douloureux.

Leucocytes 25.000.

Laparotomie trente-deux heures après le début : gaz, liquide sale. Ulcère oblong de la première portion, au-dessus du bord du foie. Douglas libre. Suture. Drainage.

Examen bactériologique du liquide (cultures), sarcines, bacilles, diplocoques (probablement pneumocoques).

Guérison.

II. — Homme, vingt et un ans. Pas d'antécédents. Appendicectomisé en juin 1905.

Début brusque le 23 décembre par fortes douleurs abdominales avec lipothymie. Pouls 97, faible, T. légèrement hypothermique. Pendant une heure, violentes douleurs hépatiques. Vomissements.

Traitement provisoire : morphine.

24 décembre. — Aggravation rapide de l'état général. Pouls 102, T. 98 Fahrenheit. Respiration 32 superficielle thoracique. Sensibilité extrême au toucher dans la région sus-ombilicale.

Tympanisme généralisé ; suppression de la matité hépatique.

Laparotomie dix heures après le début. Liquide séreux avec des flocons ; épiploon œdématié. Lavage de la cavité péritonéale, surtout de la région de l'ulcère et du petit bassin. Suture. Drainage.

Examen bactériologique du liquide négatif (cultures).

Guérison rapide.

OBSERVATION LXXIV

(J.-H. Musser and E. Martin. — Perforation of duodenal ulcer; operation and recovery. *Journal americ. medical association.* Chicago, 1906.)

Homme, trente-neuf ans.

Antécédents d'hyperchlorhydrie dont il souffre depuis plusieurs années et pour laquelle il a suivi un régime diététique sévère et diverses médications.

Début progressif : cinq jours avant l'admission à l'hôpital crise hyperchlorhydrique douloureuse plus forte que d'habitude, accompagnée de vomissements rebelles. Le jour de son admis

sion il fait un bon repas, mais aussitôt entré à l'hôpital a une crise d'une grande violence. L'administration d'un verre d'eau de Janos après la crise le soulage (??)

Examen. — T. 97 Fahrenheit. Pouls 72. Respiration 24. Douleurs abdominales vives s'étendant à toute la base du thorax. Au palper extrême sensibilité. Contracture généralisée. Ces phénomènes ont un maximum très net en un point grand comme une pièce de cent sous à droite de la ligne médiane, juste au-dessous du rebord costal.

Traitement d'attente : 1/4 de gramme de morphine et 1/150 de gramme d'atropine, cinq minutes après vomissements : repas précédent non digéré, mucosités claires, très acides ; pas de sang. Contracture augmente. Péristaltisme. T, pouls et respiration restent à peu près normaux.

Diagnostic. — Ulcère duodénal.

Laparotomie : péritonite généralisée. On trouve la perforation dans un repli péritonéal, presque à la face postérieure de la première portion, tout près du pylore ; ce siège correspond exactement au maximum des signes cliniques. Suture et fermeture de l'épiploon au-devant d'elle.

Guérison rapide.

Note

A la suite de la communication de M. Schwartz du 5 mars 1898 M. Routier rappelle son observation de mars 1894 déjà citée bien des fois, et si remarquable au point de vue de la difficulté du diagnostic entre la perforation de l'ulcère et l'obstruction intestinale.

M. Hartmann présente une observation qui confirme les

conclusions du rapporteur : il s'agit d'une malade qu'on lui avait amenée avec des accidents pouvant dépendre d'une péritonite par perforation ou d'une obstruction intestinale : laparotomie ; on trouve une péritonite suppurée ; rien aux annnexes, ni à l'appendice, ni à la vésicule, ni à l'estomac ; enfin découverte d'un ulcère perforé du duodénum malheureusement impossible à suturer ; le chirurgien se contente d'établir un drainage. Le résultat de l'intervention paraît d'abord favorable, la malade se remonte, mais cette amélioration apparente ne dure pas ; bientôt la malade décline, se cachectise, au bout de trois mois elle succombe à une septicémie lente.

A l'autopsie on constate que l'ulcère ne présentait aucune tendance à la réparation.

M. Tuffier présente à son tour une observation qui montre les inconvénients de l'expectative par insuffisance de diagnostic bien mis en relief par le rapporteur : accidents simulants une appendicite subaiguë, de telle sorte qu'à l'entrée à l'hôpital, deux jours après le début des accidents on se contente de mettre la malade à la glace et à l'opium ; le soir aggravation des accidents ; laparotomie latérale dans le flanc droit et drainage : mort dans la nuit. M. Michaux enfin décrivait un cas absolument identique.

CHAPITRE II

Perforations traumatiques

HISTORIQUE

Aucune revue d'ensemble sur les ruptures plus ou moins complètes du duodénum n'avait été publiées jusqu'au travail de Jeannel sur la pathologie chirurgicale du duodénum paru dans les *Archives provinciales de Chirurgie* de 1899. Mais des observations isolées avaient été publiées çà et là dans la *Presse médicale*. Les plus anciennes paraissent être celles de :

X... Saint-Thomas Hospital Reports, 1827. (*London medical Gazette.*)

Collier, 1833. (*The London medical Gazette.*)

Ellis ,1835. (*The Lancet.*)

Medge, 1850. (*Indian Annals of medical sciences.*)

Thomson, 1855. (*Edinburgh medical journal.*)

Ducrest-Lorgerie,1861. (*Recueil de mémoires de médecine militaire.*)

Rares encore jusque vers 1890, les observations à partir de ce moment deviennent plus nombreuses, bien que Jeannel relève 35 observations publiées de contusions et ruptures du duodénum, auxquelles on peut ajouter en les

considérant comme des cas de perforation de dedans en dehors les deux observations qu'il mentionne de Houston (The Dublin Hospital Reports, 1830) et de Soyka (Praguener medicinische Wochenschrift, 1876) de perforations par corps étrangers du duodénum, mais celle-ci semble plutôt entrer dans le cadre des perforations lentes. Quant à celle de Houston, il s'agissait d'un fou ayant avalé une cuiller et ayant succombé à de la péritonite généralisée ; on trouva la cuiller placée transversalement contre la colonne vertébrale et incurvée suivant sa longueur ; la grosse extrémité était au pylore, le manche touchait l'angle duodéno-jéjunal où il déprimait et perforait la paroi.

ÉTIOLOGIE

Les perforations traumatiques du duodénum sont des ruptures par contusion de l'abdomen dues à :

Coups, surtout coups de pied de cheval ou de mulet ; d'autres fois chocs de portes, de timons, coups de genou dans une partie de foot-ball, etc. ;

Ecrasements : entre deux wagons, par une roue de voiture...

Chutes : ordinairement le ventre portant directement sur un corps arrondi : bord d'une cuve, borne, branche d'arbre, etc., quelquefois chute à la renverse d'un lieu assez élevé.

En dehors des ruptures, nous devons signaler comme causes possibles : les plaies (intervention de M. Ombredame dans le service de M. Nélaton, dont nous n'avons

pu malheureusement retrouver l'observation) et les perforations par corps étrangers volumineux (cuiller dans l'observation de Houston).

Quant aux corps minces, pointus, effilés ils donnent naissance à des accidents qui rappellent plutôt ceux de la perforation lente ; nous en avons relevé une intéressante observation (celle de Crisp English que l'on trouvera en note).

Les autres points d'étiologie à examiner sont, d'après Jeannel :

I. — La région où a frappé l'agent traumatique dans les contusions de l'abdomen : Epigastrique ou ombilicale le plus souvent, parfois dans l'hypochondre droit, le flanc droit ou le gauche...

II. — L'âge : ce sont surtout des jeunes gens qui sont atteints (c'est la loi commune de tous les traumatismes) et ils semblent spécialement prédisposés dans les cas de contusion à la rupture complète.

III. — Le moment de la digestion ; quoique nous n'ayons pas d'exemple net au niveau du duodénum nous pensons qu'il en est ici comme dans le reste du tube digestif et que la distension de l'organe l'expose davantage aux traumatismes et surtout favorise puissamment son éclatement : nous avons vu que presque toujours c'est deux heures après le repas que se fait la perforation dans les cas d'ulcère.

IV. — L'existence d'un ulcère préexistant en évolution ou en voie de cicatrisation créant une fragilité de la paroi.

Il faut enfin envisager pour s'expliquer la fréquence relative des ruptures d'une portion d'intestin aussi courte et aussi peu exposée de par sa situation profonde que

le duodénum, sa disposition anatomique : il constitue une anse fixe, incapable par conséquent de se dérober aux traumatismes et appliquée transversalement sur une arête osseuse constituée par la colonne vertébrale dont elle n'est séparée que par une faible épaisseur de parties molles. Cette disposition explique aussi la plus grande proportion de ruptures complètes par rapport au total des ruptures que dans le reste de l'intestin.

La profondeur où se trouve le duodénum, le grand nombre de viscères derrière lesquels il s'abrite nous explique, au contraire, qu'il ne soit jamais atteint par un arme blanche ni même par une balle, car nous croyons unique le fait auquel nous avons fait allusion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur les 36 observations de ruptures qu'il a réunies Jeannel trouve :

Cinq ruptures complètes dans de violents traumatismes par écrasement : section perpendiculaire à l'axe siégeant 3 fois tout près du pylore, 2 fois à la fin de la deuxième portion.

Vingt ruptures partielles dont le siège est indiqué 16 fois :

Deux fois seulement dans la première portion plus mobile que les autres ;

Sept fois dans la deuxième portion (4 fois au niveau de l'ampoule de Water et 3 au-dessous) ;

Six fois dans la portion horizontale;

Une fois seulement dans la portion ascendante moins appliquée contre la colonne vertébrale.

Comme dans la perforation par ulcère, c'est à la face antérieure que se produit le plus souvent la perforation : aussi les considérations anatomo-pathologiques, que nous avons exposées à propos de cette disposition, sont-elles également valables ici. D'ailleurs dans les ruptures rétro-péritoniales, le liquide suit un trajet assez analogue au-dessous du péritoine à celui qu'il suit au-dessus dans les antérieures.

La rupture est linéaire, presque toujours perpendiculaire

à l'intestin, mais la rétraction des parois lui donne l'aspect d'une perforation à bords nets, ordinairement béante et laissant couler le contenu intestinal, quelquefois obturé par un caillot; il n'y pas d'éversement de la muqueuse ; les lèvres sont plus ou moins frangées, contuses, infiltrées de sang ; il n'y a parfois un épanchement de sang sous-péritonéal assez abondant.

Sur 30 observations de ruptures du duodénum Jeannel a constaté cette lésion isolée dans 12 cas (dont 5 cas dans lesquels il y avait ulcères préexistants, où le traumatisme suffisant pour déterminer la rupture était par conséquent peu considérable). Dans les 11 autres (dont les 5 cas de ruptures complètes, et par conséquent de traumatisme considérable) la lésion du duodénum s'accompagnait de rupture ou contusion grave du jéjunum, de l'un des reins, de l'iléon, de l'estomac, de la rate.

Dans 10 cas il y a eu hémorragie intrapéritonéale suffisante pour tuer le malade dans 5 de ces cas hématome ou ecchymose sous-péritonéale.

Quant au liquide intestinal qui sort de la plaie il s'épanche tantôt dans le péritoine, tantôt sous le tissu cellulaire rétro-péritonéal (rupture de la face postérieure). Dans ces derniers cas il fuse derrière les insertions du mésentère et du péritoine du côlon ascendant; il forme de grosses collections qui, le plus souvent, finissent par soulever et perforer le péritoine et faire issue dans la grande cavité. Celle ci est immédiatement infectée et la péritonite généralisée éclate quelques heures après la rupture dans un grand nombre de cas. Dans une troisième catégorie enfin, l'épanchement intra-péritonéal s'enkyste entre le duodénum et

les organes voisins ; plus tard (trois, douze, vingt-cinq jours après), cet abcès se rompt dans la grande cavité et la péritonite généralisée fait son apparition.

SYMPTOMATOLOGIE

Les ruptures du duodénum évoluent d'ordinaire en deux étapes : pendant la première prédominent les phénomènes de shock, pendant la seconde ceux de péritonite.

Première Période. — Symptômes dépendants du traumatisme lui-même et de son siège épigastrique : ce sont les accidents de shock : évanouissement ou stupeur, insensibilité apparente, mais avec expression d'angoisse, sueurs froides, cyanose, traits tirés, regard vague, pouls filiforme, plutôt ralenti, température froide, anurie. Ces phénomènes persistent parfois jusqu'à la mort qui survient au bout de quelques heures sans que le malade soit sorti de son état de shock ; plus souvent cet état se dissipe et une amélioration apparente se produit jusqu'à l'apparition des phénomènes de péritonite. Ces symptômes qui caractérisent l'état de shock se voient journellement dans tous les grands traumatismes abdominaux : ils sont imputables surtout à la contusion vasculo-nerveuse. De plus ils manquent souvent, le plus souvent même : chez 15 malades sur 29 cités par Jeannel ils ne se sont pas présentés. Tantôt les malades, la première émotion passée, ne gardent de leur accident qu'une certaine douleur au point contus, qui même bientôt s'atténue ou disparaît en atten-

dant qu'elle revienne, terrible, annonciatrice de la péritonite de la deuxième période ; quelques malades mêmes déjeunent, ou marchent, montent leur escalier où celui de l'hôpital ; tantôt la douleur est assez vive pour immobiliser le malade qui a d'ailleurs des vomissements alimentaires et bilieux, parfois hémorragiques ; il est couché en chien de fusil pour relâcher sa paroi abdominale et gémit, mais son pouls et sa température semblent parfaitement rassurants : leur transformation va amener le passage à la deuxième période, phase de péritonite.

Aux signes de shock, nous joindrons les symptômes dépendant de l'hémorragie interne consécutive à la rupture viscérale ; comme les précédents, ils sont assez connus pour qu'il soit inutile d'y insister ; ils leur ressemblent d'ailleurs beaucoup, mais tandis que les accidents de shock sont brusques, immédiats, succédant dans toute leur intensité et sans transition au traumatisme, ceux de l'hémorragie interne surviennent après un bien-être illusoire, progressivement bien que rapidement. Les cas d'hémorragie mortelle s'accompagnent toujours de vomissements abondants. Dans l'hémorragie interne, le pouls n'est pas ralenti ; il est au contraire très rapide (c'est même un des signes cardinaux), parfois incomptable ; la décoloration des muqueuses est plus marquée que dans l'état de shock.

Deuxième Période. — Symptômes sous la dépendance de la rupture duodénale elle-même et de la réaction péritonéale : La douleur est d'une extrême violence. Son siège est variable : ordinairement localisée ou prédominant dans la région sous-ombilicale on la trouve d'autres fois sus-pu-

bienne, inguinale droite, vésicale, etc. Ordinairement, mais non toujours, elle est accrue par la pression.

Après une période d'une certaine acuité où elle est en rapport avec le traumatisme, elle subit d'ordinaire une atténuation sensible à mesure que se dissipent les phénomènes initiaux ; puis elle reparaît violente, en rapport avec la réaction péritonéale, et va d'ordinaire augmentant progressivement avec les autres signes de péritonite.

Nous ne trouvons pas fréquemment ici comme dans la perforation par ulcère une distension abdominale marquée : le plus souvent elle est assez faible pour qu'il faille la chercher pour la voir ; parfois même le ventre est concave.

Les deux signes si précieux pour poser les indications de la laparotomie ne semblent pas constants : on trouve bien signalées : tantôt la sonorité préhépathique caractéristique d'une perforation gastro-intestinale, tantôt la matité dans les flancs, caractéristique d'un épanchement ; mais ces signes se trouvent rarement et sont difficiles à déceler nettement.

La contracture de défense de la paroi est constante bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans toutes les observations ; de même la dyspnée avec respiration thoracique indiquant la contracture du diaphragme.

Dans deux observations de Jeannel le malade avait eu conscience que quelque chose éclatait dans son ventre.

Au point de vue des vomissements il faut distinguer comme au point de vue de la douleur deux étapes ; tout au début, les malades vomissent, par réflexe, il en est de même dans tous les traumatismes abdominaux ; ces vomis-

sements précoces, nous les trouvons cités dans plus de la moitié des cas.

Quant aux vomissements de la deuxième période, liés au développement de la péritonite, ils sont, tout comme dans la perforation par ulcère, rares et tardifs dans leur apparition ; c'est que dans l'un et l'autre cas il s'agit de ces péritonites hypertoxiques qui tuent le malade par intoxication générale avec le minimum de réaction locale.

La constipation absolue est parfois signalée ; les autres observations sont muettes sur le chapitre des selles-Jeannel semble incliner à croire que dans ces cas il y eut des garde-robes ; nous souvenant de ce que nous avons vu se passer dans la perforation par ulcère où si souvent le diagnostic se pose avec une obstruction intestinale, nous inclinerons à penser au contraire que la constipation est absolue dans presque tous les cas.

Quant aux signes que Jeannel étiquette : symptômes sous la dépendance simultanée des organes voisins, l'auteur remarque lui-même qu'ils se confondent si bien avec ceux de la rupture duodénale qu'il est parfaitement impossible de les en distinguer. Nous n'en tiendrons donc aucun compte au point de vue clinique, nous réservant de rappeler, en parlant de l'intervention, la possibilité de ces lésions concomitantes.

La grande majorité des blessés succombe à l'évolution de la péritonite (19 contre 5 du shock et 4 d'hémorragie interne).

Suivant le siège de la perforation, suivant que l'issue plus ou moins rapide du contenu intestinal permet ou non à quelques faibles adhérences péritonéales de se former, ou se trouve en présence de diverses modalités cliniques.

S'il s'agit d'une perforation de la face antérieure avec inondation du péritoine par les matières septiques, on voit évoluer en quelques heures (douze à vingt-quatre) avec son cortège classique, la péritonite suraiguë hypertoxique hypothermique.

Quelques tentatives d'adhérences ont-elles eu lieu, la péritonite apparaît encore, assurément, car ces faibles barrières ne sauraient résister longtemps, mais elle subit tout au début un temps d'arrêt : ses symptômes ne se déclarent qu'au bout de quelques heures et évoluent progressivement jusqu'à la mort en deux à quatre jours.

Enfin, et c'est le cas surtout dans les cas de rupture rétro-péritonéale, on peut observer une période initiale assez longue pendant laquelle il y a une franche amélioration de tous les symptômes ou bien seulement des signes généraux et locaux, le pouls et la température entretenant éveillée l'inquiétude du chirurgien ; les choses durent ainsi jusqu'au jour (du troisième au douzième et même quinzième) où la rupture des adhérences ou du péritoine postérieur permet l'inondation péritonéale immédiatement uivie de péritonite septique suraiguë.

DIAGNOSTIC

On peut conclure *a priori*, de l'exposé de cette symptomatologie, que le diagnostic de plaie ou rupture du duodénum n'est jamais posé. Voyons cependant s'il est tout au moins parfois permis de le soupçonner.

Tout d'abord étant donné un traumatisme abdominal, coup, chute, écrasement, peut-on presque affirmer une rupture intestinale? Ce n'est pas évidemment quand il y a 2 litres de pus et de matières dans le ventre, quand existe le tableau complet de la septicémie péritonéale, que ce diagnostic est intéressant, et il est facile alors, mais tardif, l'opération ne présente plus de chances de succès. Il y a un ensemble de signes cependant qui a vraiment une valeur diagnostique très grande tout au début de la perforation : apparition de vomissements aussitôt après un traumatisme abdominal, et très peu d'heures après, modifications du pouls, rapide, irrégulier, parfois incomptable, et défense musculaire de la paroi généralisée avec maximum en un point particulièrement douloureux : la suppression de la matité hépatique avec de la matité dans les flancs constitue un complément du tableau qui est pathognomonique. Malheureusement les uns ou les autres de ces signes ou bien sont très difficiles à constater, ou bien, comme les

modifications du pouls, signe très précoce de réaction péritonéale, peuvent être attribués avant toute réaction au traumatisme lui-même et à l'état de shock, ou bien manquent : telles ces mêmes modifications du pouls, signe des plus constants cependant, dans l'observation de Dœbbelin que nous reproduisons ; Dœbbelin spécifie bien qu'elles manquaient, ce qui ne l'empêche pas d'intervenir, les présomptions étant suffisantes pour permettre presque le diagnostic et imposer la laparotomie.

Peut-on aller plus loin, et y a-t-il dans les symptômes quelque signe qui permette avant l'ouverture du ventre de songer à diriger les recherches du côté du duodénum? Un tel signe ne semble pas exister.

En fait nous ne voyons pas que le diagnostic ait été posé une seule fois, et à l'examen des observations nous ne voyons pas sur quoi on pourrait bien le fonder. Tout au plus donc pourrait-on y penser en constatant que le maximum des symptômes : contracture de défense, sensibilité douloureuse au contact se trouve à la région ombilicale ; le diagnostic deviendrait plus probable si à ce signe s'adjoignait une hématémèse post-traumatique, symptôme qui ne peut appartenir qu'à une lésion de l'estomac ou du duodénum ; malheureusement dans ce dernier cas, il est exceptionnel. Même le ventre ouvert, on peut passer à côté de la lésion ; n'oublions pas en effet qu'elle n'est pas toujours isolée. Ainsi M. Potherat dans un cas cité par Jeannel fait une laparotomie pour rupture intestinale, celle-ci suturée, après examen des anses voisines qui ne révèle pas d'autre lésion, il referme le ventre ; dans de telles conditions ne s'en va-t-on pas la conscience tranquille ? Et pour-

tant dans ce cas la rupture de l'anse grêle s'accompagnait d'une autre siégeant sur le duodénum. De semblables exemples nous amènent à conclure que l'on ne doit abandonner l'abdomen qu'après inspection minutieuse de toute la longueur du conduit intestinal ; il importe cependant de ne pas prolonger des manœuvres opératoires fort traumatisantes et l'intoxication chloroformique sur un malade dans un état déjà si précaire ; il ne faudrait pas faire courir au malade des chances de mort certaine pour trouver à tout prix un improbable accident. D'ordinaire, en effet, il n'y a qu'une rupture intestinale, ici celle du duodénum, et le liquide intestinal qui s'en échappe y conduit ; tantôt il est venu s'accumuler dans la région cæcale, on le trouve tout le long du côlon ; tantôt, surtout si l'on intervient dès les premières heures, on le voit sourdre à la face inférieure du foie : tantôt enfin, dans la perforation de la face postérieure, il est sous-péritonéal, soulève le péritoine du côlon ascendant et celui de la fosse iliaque. Dans ce dernier cas, si la collection est très étalée, ne fait pas nettement saillir le péritoine, on peut très bien chercher devant elle sans rien trouver et refermer le ventre en désespoir de cause ; c'est le cas de Dœbbelin dans l'observation que nous reproduisons. En réalité, il est impossible de poser des règles absolues ; l'exploration dans une laparotomie pour contusion doit être aussi complète que le permet l'état du blessé, mais l'appréciation de cet état doit être laissée dans chaque cas particulier au sens clinique du chirurgien.

Dans les plaies de l'abdomen par armes blanches, on peut être plus sobre de recherches ; la question a été portée par M. Chaput devant la Société de Chirurgie et la

plupart de nos maîtres ont été d'avis qu'après exploration de la région qui a pu être intéressée d'après les dimensions de l'arme et la direction de la plaie, et réparation des lésions dans cette région, il est inutile de dérouler tout le reste de l'intestin. Dans les plaies par armes à feu au contraire, cette exploration complète est de toute nécessité.

INDICATIONS OPERATOIRES

Dambrin s'est attaché à bien poser les indications opératoires dans les contusions abdominales ; il distingue les cas :

1° Légers : dissipation rapide des phénomènes de shock, pas de modifications du pouls, ni de la T., pas de vomissements : glace, repos, morphine ;

2° Graves : facies altéré, pouls mauvais à 130, 140 ; T. normale ou hypothermie, vomissement bilieux, contracture intense du ventre : laparotomie immédiate sans hésitation ;

3° Moyens : diagnostic délicat au début : d'une part, à cause du laps de temps considérable qui peut précéder l'apparition des phénomènes généraux, dix, douze, vingt-quatre heures ; d'autre part, à cause de la plus ou moins grande intensité des phénomènes de shock du début qui simulent une réaction péritonéale parfois sans qu'il y ait réellement de lésion viscérale. Les signes auxquels l'auteur accorde le plus d'importance sont à peu près ceux sur lesquels nous avons insisté à propos du diagnostic :

Vomissements, à condition que l'accident ait lieu longtemps après le repas, et qu'ils soient bilieux et persistants ;

Pouls petit, irrégulier d'une rapidité atteignant 120, 130, 140 ;

Sonorité préhépatique quand elle existe (nous publions ici même plusieurs observations où la persistance de la matité hépatique est notée malgré la perforation, peut-être parce que l'intestin vide, affaissé sur lui-même n'avait aucune tendance à expulser des gaz) et que l'on peut la distinguer du ballonnement par distension paralytique des anses ;

Tympanisme progressif :

Respiration thoracique, signe de contracture de défense du diaphragme sur lequel avait déjà insisté Jeannel ; les auteurs anglais dont nous reproduisons des observations semblent également y attacher une grande importance ; l'abdomen reste immobile ou presque, la respiration est anxieuse, superficielle et rapide ;

Hyperleucocytose polynucléaire : on verra en parcourant les observations que nous rapportons qu'on pratique couramment à l'étranger l'examen hématologique et qu'il semble donner des résultats positifs ; Enfin et surtout la contracture généralisée des muscles abdominaux (à laquelle participe celle du crémaster) : pour Hartmann cette contracture généralisée est constante dans les contusions abdominales avec lésions viscérales ; à elle seule, même en l'absence d'autres symptômes, elle doit suffire à déterminer le chirurgien à faire la laparotomie, et, d'autre part, l'abstention, quand elle manque, même en présence de phénomènes généraux un peu alarmants, aurait toujours été suivie de guérison spontanée. Cependant, rien n'étant absolu en clinique, il convient de signaler quelques exceptions. Dam-

brin dans sa thèse signalait trois cas où la contracture généralisée de l'abdomen s'accompagnait non de lésions de viscère abdominal, mais de :

1° Fractures des dernières côtes par contusion violente de la base du thorax ;

2° Traumatismes abdominaux chez enfants pusillanimes, hystérisques, alcooliques : fausse contracture qui s'étend à tous les muscles de l'économie et cède rapidement à la morphine ;

3° Ecchymoses sur le péritoine pariétal, sur le grand épiploon (cas de Walther), mais il s'agit bien ici d'une lésion viscérale, moins grave que d'habitude ;

Enfin, 4e catég. : cas extrêmement graves par l'intensité de l'état de shock : refroidissement des extrémités, pouls ralenti et filiforme hypothermié : surseoir à la laparotomie jusqu'à ce que la caféine, l'éther, le sérum, l'huile camphrée, la révulsion et la chaleur aient rendu au malade la vigueur nécessaire pour supporter l'opération si elle est jugée nécessaire ; si l'état général au contraire ne fait que s'aggraver, inutile d'opérer, le malade est perdu.

TRAITEMENT

Jeannel, en 1897, aboutit, d'après la statistique des cas qu'il a réunis, à deux conclusions formelles :

1° Toute rupture duodénale diagnostiquée doit être traitée par la laparotomie : sa statistique est claire ; sur 36 cas recueillis :

29 cas non opérés égalent 29 morts.
5 cas opérés égalent 3 morts.

Une seule restriction cependant : il ne faut pas opérer des blessés dans un état de shock tel que la laparotomie doive fatalement leur porter le dernier coup : on fera donc aussi bien de laisser à sa triste destinée un blessé en collapsus complet, hypothermique, aux extrémités froides, au pouls filant, couvert de sueurs froides. Mais on ne saurait trop se hâter de donner sa seule chance de salut à un malade qui présente les signes d'une hémorragie interne ou d'un début de réaction péritonéale.

2° Toute rupture traumatique du duodénum soupçonnée doit être vérifiée et au besoin traitée par la laparotomie : bien plus, on devra intervenir avec d'autant plus d'ardeur que le diagnostic est plus hésitant.

Quels sont, en effet, les cas où il s'impose? Ce sont ceux dans lesquels il y a hémorragie interne, ou shock intense,

ou dans lesquels l'ouverture s'est faite dans la cavité péritonéale avant que la séreuse ait eu le temps de se défendre par des adhérences protectrices ; alors on se trouve en face d'une péritonite trop nette, hélas ! évoluant avec une foudroyante rapidité, qui ôte toute chance de succès aux essais d'intervention ; la mort suit l'accident dans ces différents cas d'un temps qui varie de une demi-heure à vingt-quatre heures.

Quels sont, au contraire, les cas dans lesquels le diagnostic est le plus vague, le plus hésitant ? C'est dans ces ruptures rétropéritonéales ou dans ces ruptures antérieures avec épanchement enkysté donnant lieu à ces péritonites subaiguës évoluant avec un minimum de symptômes en un laps de temps qui varie de trente-six heures à dix et quinze jours.

N'est-ce pas dans ces cas que l'on pourra avoir l'espoir de faire de la besogne utile ? C'est ce qui explique que dans un des deux cas de survie, le succès ait été obtenu bien que l'intervention fût de beaucoup postérieure à l'accident : trois ou quatre jours ; en réalité les premiers signes de péritonite apparaissaient à peine.

Quelques années après les travaux de Jeannel sur ce sujet, Dambrin dans sa thèse (*Recherches sur l'anat. pathol. et le traitement des lésions de l'intestin dans les contusions abdominales.* Paris, 1903) résume ces travaux et mentionne quelques observations nouvelles. Il en reproduit deux dans lesquelles la laparotomie fut suivie de mort, ce qui réduit à 25 0/0 les succès opératoires publiés jusque-là.

Cette extrême gravité des lésions du duodénum, Dambrin l'attribue à deux causes :

Elles sont souvent méconnues au cours de la laparotomie ; leur traitement chirurgical est très difficile.

L'auteur s'efforce donc de traiter successivement ces deux questions : recherche des lésions duodénales ; technique opératoire.

I. — *Recherche des lésions duodénales.* — Toutes les fois que l'on pratiquera une laparotomie pour contusion abdominale, il faut de parti pris examiner le duodénum, c'est-à-dire explorer successivement ses deux segments sus et sous-mésocolique.

Premier segment. — Sus-mésocolique : Après avoir relevé le foie, abaissé le côlon transverse et relevé vers la ligne médiane la petite tubérosité de l'estomac, on aperçoit dans toute son étendue la face antérieure de la portion sus-mésocolique qu'il est alors facile d'examiner. Ensuite, mettant un doigt dans l'hiatus de Winslow, on va explorer la face postérieure de la première portion, que l'on verra nettement en effondrant l'extrémité droite de la racine du grand épiploon et en pénétrant dans l'arrière-cavité des épiploons, immédiatement au-dessous du bord inférieur du canal duodéno-pylorique. Si la face postérieure de la deuxième portion est blessée, le péritoine postérieur voisin sera ecchymosé, soulevé par un épanchement plus ou moins considérable, qui fera soupçonner la lésion. Pour explorer cette face postérieure, on incisera le péritoine en dehors et le long de la deuxième portion, le doigt décollera peu à peu la face postérieure, qu'il sera maintenant

très facile d'apercevoir en inclinant le duodénum vers la ligne médiane.

Deuxième segment. — Sous-mésocolique : On relève le grand épiploon et l'estomac, on aperçoit alors le mésocôlon et le côlon transverse. Il suffit ensuite, après avoir récliné les anses grêles en bas, de relever le côlon et le mésocôlon, pour voir la portion sous-mésocolique que nous avons à examiner. Mais la racine du mésentère croise obliquement cette région sous-mésocolique. A gauche de la racine du mésentère, se trouve une partie de la quatrième portion du duodénum, qu'il ne faudra pas manquer d'explorer en dernier lieu.

Toute cette portion sous-mésocolique est fixe, appliquée contre la paroi abdominale postérieure. Sa paroi postérieure est donc invisible dans toute son étendue. Les ecchymoses et les épanchements rétropéritonéaux seront encore ici l'indice certain de la lésion du duodénum. Comme le dit très bien M. Jeannel, on se méfiera d'une rupture rétropéritonéale, si le péritoine postérieur distendu et infiltré ne laisse pas voir le duodénum, si le doigt palpant la face postérieure de l'abdomen découvre une sorte d'œdème, une tuméfaction qui ne lui permet pas de suivre les contours de la colonne vertébrale. En réalité penser à la possibilité de cette rupture rétropéritonéale, c'est en faire à moitié le diagnostic et la découverte.

Lorsque le chirurgien soupçonnera que la portion sous-mésocolique est blessée, voici comment il devra s'y prendre pour explorer non seulement la face antérieure, mais aussi la face postérieure du duodénum : on peut y arriver en passant à travers la racine du mésocôlon, lorsque le

côlon n'est pas relevé, mais cette voie est dangereuse, car on peut blesser les vaisseaux du mésentère. Il vaudra mieux, après avoir récliné en haut le côlon transverse et le mésocôlon, inciser ou effondrer avec le doigt le péritoine au niveau du bord inférieur de la portion horizontale du duodénum entre la racine du mésocôlon et de la racine du mésentère ; puis décollant peu à peu le péritoine il est facile de bien voir le duodénum. Le décollement du péritoine se fait très aisément sur la face antérieure, on sépare sans difficultées la racine du mésentère, qui contient les vaisseaux mésentériques, du duodénum contre lequel elle semble s'appliquer intimement ; il existe un plan de clivage que le doigt suit facilement et qui permet d'apercevoir la quatrième portion du duodénum, en soulevant la racine du mésentère. Quant à la face postérieure du duodénum elle se décolle avec la plus extrême facilité de la paroi abdominale postérieure et des gros vaisseaux. L'anatomie nous apprend d'ailleurs que, très souvent, la face postérieure de la portion horizontale se trouve séparée des gros vaisseaux par une fossette plus ou moins étendue. »

II. — *Technique opératoire.* — L'auteur envisage trois cas :

Premier cas : Déchirure peu étendue de la paroi antérieure du duodénum : suture (avec greffe épiploïque simplement appliquée).

Deuxième cas : Perforation très large ou écrasement du duodénum : résection et rétablissement du cours des matières par :

1° Quand la lésion siège au-dessus de l'ampoule de Vater :

Duodénorraphie circulaire (résection peu étendue).

Ou fermeture des deux bouts et gastro-entérostomie ;

2° Quand la région de l'ampoule de Vater est détruite :

Fermeture du cholédoque, du canal de Wirsung, des deux bouts du duodénum (avec le segment réséqué on enlève du tissu pancréatique adhérent), suivie de gastro et cholécyst-entérostomie ;

3° Quand la lésion siège au-dessous de l'ampoule de Vater : comme lorsqu'elle siège au-dessus ; cependant dans ce cas l'auteur préfère à la gastro-entérostomie une duodéno-jéjunostomie.

Troisième cas : Lésion de la paroï postérieure du duodénum, l'antérieure intacte (exceptionnel) : suture à deux plans.

Dans tous les cas large drainage antérieur, complété parfois par un drainage lombaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Guibé.)

Homme, âge moyen, reçoit le 27 juin 1899 à 1 h. 1/2 un violent coup de mandrin dans le flanc droit, ressent une douleur assez vive dans cette région, mais ne perd pas connaissance. Amené à l'hôpital vers 4 heures. Examen par l'interne de garde : état général bon, pas de fièvre, pouls régulier, 80 ; ventre non ballonné, matité hépatique conservée, pas de rétention d'urine ni d'hématurie.

Cependant le malade vomit un peu de liquide aqueux sans grand caractère, le ventre est sensible à la palpation surtout au niveau du traumatisme ; le malade se défend lorsqu'on veut lui palper le ventre. On n'appelle pas le chirurgien de garde.

Le lendemain : agitation, T. 37,5 pouls 92, bon et régulier, pas de gaz depuis la veille, mais le ventre n'est pas ballonné.

Palpation : douleur généralisée à tout l'abdomen, mais avec maximum net au niveau du flanc droit. Paroi abdominale intacte. Matité hépatique conservée. Pas d'autres renseignements par la percussion. Le malade continue à vomir un liquide sans caractères spéciaux, mais sans trace de bile. Même au repos contracture de la paroi abdominale qui augmente par la palpation.

Diagnostic par M. Nélaton, chef de service : Lésion viscérale certaine, probablement rupture des voies biliaires à cause du peu de retentissement péritonéal.

Laparotomie médiane, sus-ombilicale avec débridement latéral droit ; volumineux épanchement de bile presque pure, anses un peu rouges et dilatées, on éponge le plus vite possible l'épanchement, examen du foie, de la vésicule et des voies biliaires : sains. On aperçoit sur la partie supérieure de la deuxième portion du duodénum, près de la paroi postérieure, une déchirure de 1 centimètre par où fait hernie un peu de muqueuse ; issue de bile et de gaz à chaque effort de vomissement. A l'entour quelques fausses membranes. Réduction de la muqueuse, suture en bourse et second plan par points séparés. Nettoyage de la région à la compresse, mèches et drains au contact de la suture. Fermeture en un plan. Durée de l'opération une heure et demie.

Suites opératoires. — Refroidissement, pouls de plus en plus mauvais, vomissements bilieux malgré sérum, etc. Mort à 6 heures

OBSERVATIONS II et III

(Réunies dans la thèse de Dambrin. Paris, 17 juillet 1903.)

I.e Dambrin. — Homme, palefrenier.

Blessé le 12 octobre à 10 heures du soir d'un coup de pied de cheval dans le flanc droit, perpendiculaire à la paroi ; renversé par le choc, il va cependant se coucher tranquillement.

Mais pendant la nuit, douleurs, deux vomissements à minuit et à 2 heures.

Tansporté le matin à l'hôpital.

Examen à 9 heures : facies péritonéal, extrémités froides, cependant langue humide.

Au ventre peau normale, mais contracture généralisée des muscles (ventre de bois) surtout des droits qui font saillie. Douleur généralisée, très vive, surtout à la région épigastrique.

Météorisme, surtout sus-ombilical et disparition de la matité hépatique.

Pas de nouveaux vomissements ; pas de selles ni de gaz depuis l'accident.

Pouls 110 faible, mais régulier. T. 36,8. Respiration 72.

Diagnostic. — Péritonite par déchirure intestinale.

Laparotomie douze heures après l'accident, sus-ombilicale : hématome de la gaine du droit, derrière les muscles. Dans le péritoine, un peu de sang et caillots, pas de matières. Cæcum, côlon, anses grêles normales, cependant sur celles-ci piqueté hémorragique. Duodénum : fin de la deuxième et commencement de la troisième portion jaunes verdâtres, paroi antérieure épaisse, infiltrée ; séreuse distendue ; en un point petit pertuis par où sourd un liquide verdâtre. Le chirurgien recula devant l'étendue des lésions et se contenta d'établir un tamponnement et un drainage au contact de la partie malade.

Mort le soir à 6 heures.

Pas d'autopsie (opposition).

II. Morestin. — Jeune ouvrier, dix-sept ans.

Blessé le 9 juin par le choc d'un moellon qui l'atteint dans le dos et l'écrase contre un bloc de pierre, après déjeuner.

Visage anxieux, pâleur, pouls régulier un peu rapide. Deux vomissements alimentaires. Contracture générale du ventre. Douleur extrême, surtout à droite ; palpation très douloureuse

en arrivant dans la région lombaire droite. pas de sang dans l'urine.

Laparotomie trois heures après l'accident : abdomen plein de sang. Déchirure incomplète de l'estomac, face antérieure. Anses grêles, côlon sain ; mais côlon ascendant repoussé par énormes masses ; péritoine à ce niveau et petit épiploon gris verdâtre, ouverture du péritoine en dehors du côlon : liquides intestinaux, vins, cerises, etc. A l'angle des deuxième et troisième portions du duodénum, déchirure transversale étendue ; suture à deux plans, drainage.

Mort le 10 au matin.

OBSERVATIONS IV et V

(Dœbbelin. — *Deutsche militærærtzliche Zeitschrift.* Berlin, 1906.)

I. — Soldat du génie.

Ecrasement sous les deux roues d'une voiture pesamment chargée le 29 mai 1905 ; les roues passent sur l'abdomen.

Pendant le transport à l'hôpital, nausées, vomissements, pouls imperceptible, angoisse, pâleur, douleur abdominale, T. 37.

Examen. — Grande sensibilité à la palpation ; à l'arrivée à l'hôpital une selle non sanglante, comme des œufs brouillés ; abdomen tendu, sonorité préhépatique. Dans les flancs matité qui dépasse le pubis et augmente d'un instant à l'autre.

Huile camphrée, etc., sérum physiologique ne ramènent pas les pulsations.

Diagnostic. — Hémorragie interne : déchirure de l'intestin ou de l'estomac. Intervention décidée malgré le collapsus.

Laparotomie six heures après l'accident ; sous-ombilicale. A l'ouverture issue d'un sang brun-noir qui remplit toute la cavité péritonéale ; nettoyage à la compresse. Pas de déchirure au foie ni à la rate.

Examen de la région prévertébrale, après écartement des anses grêles et du côlon. On constate d'issue de la profondeur de cette région de gaz et de contenu stomacal. On trouve une déchirure longitudinale du mésentère du jéjunum de 15 centimètres sur la coupe de laquelle donne une artère d'assez fort calibre. On la lie. Recherche de la perforation. On la trouve sur la portion horizontale du duodénum, face antérieure, des dimensions d'une pièce de 100 sous environ. Il s'en écoule des liquides en abondance mêlés de fragments de pain non digérés. Nettoyage aux tampons.

L'écoulement cesse au bout de dix minutes. Suture transversale à la Lambert du duodénum ; difficile à cause de la profondeur où on la fait. Puis suture de la déchirure du mésentère qui s'étend jusqu'à sa racine contre le duodénum : en travers on voit la portion horizontale du duodénum.

La partie de la déchirure voisine du duodénum reste ouverte et par elle on applique directement une mèche iodoformée sur la suture duodénale. Suture de l'abdomen sauf au milieu par où sort la mèche.

Mort une heure après sans que le pouls soit redevenu perceptible.

Autopsie. — Pas d'autre lésion de l'intestin. Suture correcte.

II. — Dragon de la garde.

Ruade de cheval le 17 avril 1906, les deux sabots portent sur le ventre ; le soldat tombe évanoui. Une heure après, reprend

connaissance ; nausées et vomissements qui continuent pendant le transport à l'hôpital.

Examen. — Le visage n'est pas tiré, mais très pâle, angoissé ; pouls 80 régulier et fort ; T. 37,1. Abdomen fortement tendu, surtout à l'hypochondre droit. Matité hépatique conservée. A un travers de doigt au-dessous du rebord costal à droite extrême sensibilité au toucher d'ailleurs douloureux partout. Pas d'ecchymose abdominale. Pas de matité dans les parties déclives. Sondage : pas de sang dans les urines.

Diagnostic présumé basé sur gravité de traumatisme, longue perte de connaissance, vomissements, tension abdominale, pâleur ; malgré le bon état du pouls, la présence de la matité hépatique et l'absence de matité dans les flancs : blessure de l'intestin sans issue de gaz ni grande hémorragie.

Laparotomie cinq heures après l'accident sus et sous-ombilicale de 20 centimètres. Anses grêles contracturées. D'au-dessous du lobe droit du foie coule un peu de liquide sanguinolent, indolore. Pas de blessure du foie. Au niveau du rein droit et de l'angle droit du côlon, le péritoine pariétal est soulevé par une collection liquide rougeâtre. Rein facile à explorer, intact. Exploration de l'intestin surtout dans la région prévertébrale. Pas de lésion de l'intestin, sauf ponctué hémorragique de l'angle colique droit, pas de blessure du péritoine, pas de contenu intestinal dans la cavité.

Fermeture de la paroi abdominale en deux plans. Durée de l'opération, une heure.

Le soir, T. 37,4. Pouls 88 bien frappé.

Le lendemain matin, aggravation rapide. Mort à 7 h. 1/2 du matin.

Autopsie. — Foie et anses agglutinés. Toute cette région

est pleine d'un liquide sale brun ou verdâtre. En avant et à droite de la colonne lombaire, une grande cavité rétro-péritonéale et cloisonnée, pleine d'un liquide vert foncé ; s'étendant en haut, derrière la racine du mésentère et le pancréas jusqu'à la première portion du duodénum, en bas jusqu'au bord du petit bassin, à droite jusqu'à la face antérieure du rein droit.

A la jonction de la deuxième et de la troisième portions du duodénum au point le plus déclive, face postérieure, perforation grande comme 1 franc.

Petit hématome sous-capsulaire du rein droit, près du hile ; ponctué hémorragique de la capsule.

Note

(Crisp English. — Saint-George's Hospital. *The Lancet,* 25 novembre 1905.)

Un cas de perforation du duodénum par une épingle. Laparotomie. — Guérison.

Jeune fille, seize ans. Admise le 16 septembre ayant avalé deux jours avant une épingle cassée. Les circonstances de cet accident sont curieuses. Elle était couchée et se servait de l'épingle en guise de cure-dents. S'étant endormie, elle se réveille avec des douleurs dans la gorge et une crise de toux ; elle sent l'épingle dans la gorge, essaie de l'extraire, mais ne parvient qu'à l'enfoncer de plus en plus ; finalement elle l'avale. A la suite de cet accident, elle garde le lit, on la soumet à la diète liquide et on la purge, ce qui paraît suivi d'un résultat satisfaisant : en effet la présence du corps étranger ne provoque aucune douleur pongitive spontanée dans la région de l'hypochondre droit et ne se manifeste que par une assez grande sensibilité à

la pression dans cette région. La radioscopie montre que l'épingle est située du côté droit de l'abdomen au-dessus de l'ombilic, problablement dans la région du pylore ou du duodénum, couchée transversalement. A la fin de la consultation, on décide de mettre la patiente en observation. On la met au lit, avec diète appropriée et purgations. Plus tard on constate que les douleurs persistent, de plus en plus fortes et semblent descendre dans l'abdomen. Le 22 septembre, nouvelle radiographie : l'épingle se voit encore, située à trois doigts à gauche de l'ombilic. un peu au-dessus ; cette fois-ci la projection est plus nette que la première fois.

Troisième radiographie le 26 septembre ; l'épingle est dans la même position, mais les symptômes se sont aggravés et la radiographie semble indiquer le passage du corps de l'estomac dans le côlon ; on pense qu'elle pourra peut-être cheminer naturellement et qu'il n'y a par conséquent pas d'indications à opérer. Mais à partir de ce moment les symptômes commencent à s'accentuer : le 28 septembre la douleur est beaucoup plus forte dans l'hypochondre droit, avec irridiations vers l'aisselle ; le lendemain après-midi elle devient intolérable ; contracture et rigidité de tout le côté droit de l'abdomen.

Laparotomie le long du grand droit. Péritoine injecté et visqueux, côlon dilaté. On trouve l'épingle traversant la face interne de la deuxième portion du duodénum ; on l'extrait. La perforation punctiforme est refermée par une suture à la Lambert. Drainage à la gaze, à cause de la péritonite voisine. Douleur vive et vomissement après l'opération. Le troisième jour l'état est franchement améliorié. Guérison. Sortie le 25 octobre.

CONCLUSIONS

1° Faire la laparotomie exploratrice après contusion de l'abdomen dès que l'on constate une contracture généralisée de la paroi. *A fortiori* si elle s'accompagne de vomissements bilieux, modification du pouls, suppression de la matité hépatique.

Penser au duodénum s'il y a un maximum de contracture de défense et sensibilité douloureuse autour de l'ombilic.

2° Y penser davantage si, au cours de l'intervention on se trouve en présence d'une collection qui longe le côlon ascendant au-dessus ou au-dessous du péritoine.

3° D'ailleurs examiner de parti pris ce viscère dans les contusions abdominales ; en explorer méthodiquement chaque portion sus et sous-mésocolique.

4° En cas de déchirure peu étendue : suture ; en cas de déchirure large : résection et gastro-entérostomie (exceptionnellement duodénorraphie circulaire).

5° Drains au contact de la suture et sans doute ferait-on bien d'ajouter un drain hypogastrique.

6° Sans doute aussi, s'il y a du pus ou des fausses membranes, le lavage serait utile.

Vu et approuvé par le Président de la thèse :

BERGER

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.